

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費承認申請書

フリガナ				保険者番号	福津市	4 0 2 2 4 8		
被保険者氏名				被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生（	歳）	性別	男・女	
住所	福津市							
住宅の所有者	本人との関係（							
改修の内容及び箇所				認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日			
				前回の工事	有・無			
				工事業者				
				担当者名及び連絡先				
改修費用	円（対象部分のみの金額を記入）							
<p>福津市長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費支給工事にかかる承認申請をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者（被保険者本人）</p> <p style="margin-left: 20px;">〒 811-</p> <p>住所 福津市 _____ 電話番号 _____</p> <p>氏名 ※ _____</p> <p style="margin-left: 40px;">（※）本人が自署しない場合は、記名押印してください。</p> <p>申請代行者（代理人）</p> <p style="margin-left: 20px;">〒 _____</p> <p>住所 _____ 電話番号 _____</p> <p>氏名 _____ ⑩ 被保険者との続柄（</p>								

※注意 ・この申請書に、工事見積書、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、施工箇所を記載した平面図、着工前の状態が確認できる日付入り写真等を添付してください。

福津市記入欄

適用制度	<input type="checkbox"/> 福津市高額介護サービス費資金貸付制度 <input type="checkbox"/> 福津市高齢者等住宅改修費補助金制度	収納状況	1. 完納 2. 未納	給付制限	1. 有 2. 無	
過去の工事	（ 有 ・ 無 ） _____ 年 月 _____ 円 _____ 年 月 _____ 円		“有”の場合			
			住所変更	1. 有 2. 無	リセット	1. 有 2. 無
認定	介・支（） ／ 申請中	今回の改修金額	_____ 円	今回までの通算金額	_____ 円	

起案日	令和 年 月 日	課長	係長	担当
決裁日	令和 年 月 日			