

長野市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（工事前）

フリガナ		保 険 者 名	保 険 者 番 号
被保険者 氏 名		長 野 市	2 0 2 0 1 0
		被 保 険 者 番 号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 連絡先（電話）		
住宅の所有者	被保険者との関係		
改修の内容、 箇所及び 規模	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 扉の取替え <箇所及び規模>	施工業者名	連絡先（電話）
		着工予定日	年 月 日
		改修見積額	円
支払希望 金融機関	銀行・信金 本店・本所	口座種別	普通 ・ 当 座
	農協・県信 支店・支所	口座番号	
フリガナ		支 給 方 法	<input type="checkbox"/> 償還払い方式 <input type="checkbox"/> 受領委任払い方式
口座名義人			
年 月 日			
長野市長宛 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 居宅介護（介護予防）住宅改修費を上記の口座に振り込んでください。 申請者 住所 （被保険者） 氏名 印 連絡先（電話）			
年 月 日			
長野市長宛 上記の居宅介護（介護予防）住宅改修費の受給を、次の口座名義人に委任します。 住所 口座名義人 氏名 委任者（被保険者） 印			

添付書類：1.住宅改修が必要な理由書 2.工事費見積書 3.住宅改修の予定の状態が確認できるもの(日付入り写真・図面等)

受 付

※ 住宅改修費支給に関しては、居宅介護（介護予防）住宅改修完了報告書等の審査に基づき決定となりますので、今回の承認をもって、支給を行うとの意味ではありません。

長野市処理欄

訪問調査	<input type="checkbox"/> あり（調査日 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
審 査	

受 付 者	給付実績確認	端 末 入 力	備 考	事 前 審 査
				<input type="checkbox"/> 通知発送

裏面の内容を事前承認し、申請者に教示してよろしいか伺います。

起 案 日 年 月 日
 決 裁 日 年 月 日
 通知発送日 年 月 日

主 務	係	係 長	課長補佐	課 長