第30号の3様式（第20条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 住宅の所有者 | | 本人との関係（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 改修の内容・箇所及び規模 | |  | | | | | | | 業者名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 着工日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 完成日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 見積額 | | 円 | | | | | | | 改修費用 | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 浪江町長  　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。  　　　　　　年　　月　　日    住　所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　 　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 注意  この申請書に、領収証及び完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。  　居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 口座振込 依頼欄 | | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | 種目 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | |  | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |