第１５号様式の２（第２６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 | | マルノキ　ソウイチ | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | |  | | | | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 7 |  |
| 被保険者氏名  **マイナンバー12桁は記入不要です。** | | **〇木　荘一** | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | **0** | **0** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 個人番号 | | | | |  |  | **記入不要** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 明・大・　○年　○月○○日  **事前申請年月日と認定番号は「承認決定通知書」に記載してあります。「申請年月日」「認定番号」をご記入下さい。** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒343-8501  越谷市越ヶ谷4-2-1　　　　　　　電話番号　　　048-964-2111 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事前申請年月日 | | **○○年　○月○○日** | | | | | | | | | | | 業者名 | | **○○工務店** | | | | | | | | | | | | |
|
| 着工日 | | **○○年　○月○○日** | | | | | | | | | | | | |
| 承認番号 | | **第○○－○○○号** | | | | | | | | | | |
| 完成日 | | **○○年　○月○○日** | | | | | | | | | | | | |
|
| 改修費用 | | 総額　230,000円  **領収証の金額をご記入下さい。**  **保険対象外の工事を含む場合は、総額と保険対象額をご記入下さい。**  保険対象　200,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 越谷市長　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。  **○○年　○月○○日**  **被保険者本人のサイン**  **代筆の場合は代筆者を併記してください**  **印鑑は不要になりました**  　　　　　　　住所　**越谷市越ヶ谷4-2-1**  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　048-964-〇〇〇〇  　　　　　　　氏名　**〇木　荘一**  　　　　　　　　　　（代筆〇木　次郎） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意　この申請書の裏面に、領収証、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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振替依頼欄 | ○○ | | | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | ○○ | | 本店  支店  出張所  支所 | | | | 種目 | | | | | | | 口座番号 | | | | | | |  |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 | | | | | | | **9** | **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** |
| 金融機関コード | | | | | | | 店舗コード | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  |  | | |  | |
| フリガナ | | | | | | マルノキ　ソウイチ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | 〇木　荘一  **被保険者本人名義の口座をご記入下さい。ご家族の口座に入金したい場合は、委任状（別様式）が必要です。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

毎月25日まで申請　翌月20日払い（祝祭日の場合はその翌日支払い）です。余裕をもって申請してください。

**なお、受理後に書類の修正や追加をお願いする場合があります。**

毎月25日まで申請　翌月20日払い（祝祭日の場合はその翌日支払い）です。余裕をもって申請してください。**なお、受理後に書類の修正や追加をお願いする場合があります。**

毎月25日まで申請　翌月20日払い（祝祭日の場合はその翌日支払い）です。余裕をもって申請してください。**なお、受理後に書類の修正や追加をお願いする場合があります。**