

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費給付状況確認申請書

年 月 日

(宛先) 吉川市長

(記入者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護保険法第45条第1項に規定する「居宅介護住宅改修費」及び同法第57条第1項に規定する「介護予防住宅改修費」に係る保険給付に関し、確認日現在における給付状況の確認について次のとおり申請します。

被保険者番号	_____
フリガナ	_____
被保険者氏名	_____
要介護状態区分等	要支援（ 1 2 ） ・ 要介護（ 1 2 3 4 5 ）
住 所	〒 _____ 電話（ _____ ） _____
生 年 月 日	明・大・昭 _____ 年 月 日
改修する住宅の所在地	吉川市

<被保険者本人以外への結果通知を希望する場合のみ御記入ください>

記入日	年 月 日 _____
被保険者氏名	_____
結果通知書については次の者に送付してください。	
送付先住所	〒 _____
宛 名	_____

吉川市記入欄

確認日	年 月 日 _____
要介護状態区分	要支援（ ） 要介護（ ） 認定有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
備 考	
給付履歴	
①	_____ 年 月 日 申請 要介護度 支・介 _____ 住宅改修費リセット 該当・非該当 改修先住所 _____ 工事費用額 _____ 円
②	_____ 年 月 日 申請 要介護度 支・介 _____ 住宅改修費リセット 該当・非該当 改修先住所 _____ 工事費用額 _____ 円
③	_____ 年 月 日 申請 要介護度 支・介 _____ 住宅改修費リセット 該当・非該当 改修先住所 _____ 工事費用額 _____ 円
④	_____ 年 月 日 申請 要介護度 支・介 _____ 住宅改修費リセット 該当・非該当 改修先住所 _____ 工事費用額 _____ 円
⑤	_____ 年 月 日 申請 要介護度 支・介 _____ 住宅改修費リセット 該当・非該当 改修先住所 _____ 工事費用額 _____ 円
⑥	_____ 年 月 日 申請 要介護度 支・介 _____ 住宅改修費リセット 該当・非該当 改修先住所 _____ 工事費用額 _____ 円