様式第1号（第5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（給付券方式）

ふりがな	オオノ ジョー	被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 0 0
被保険者氏名	大野 ジョー	介 護 度	支（1・2）・介（1・2・3・4・5）
生年月日	明・大・昭 1 0 年 1 月 1 日生	性 別	男 ・ 女
被保険者住所	〒 816 － 8510 大野城市曙町2丁目2－1　　電話番号 092－501－2211		
改修を行う住宅の所有者及び住所	氏名	大野 太郎	続柄 長男
	住所	大野城市曙町2丁目2－1	電話番号 092－501－2211
改修の内容・箇所及び規模	（添付資料により確認できる場合は、種類のみ記入） 手すりの取付け（3箇所）・付帯工事 段差の解消（1箇所）	業者名	㈲大野城介護工務店
		着工予定日	令和 5 年 4 月 10 日
		完成予定日	令和 5 年 4 月 11 日
改修費用見積額	200,000 円		
添付書類	☑ 工事内訳書（見積書でも可） ☑ 住宅改修が必要な理由書 ☑ 理由書作成者の資格証明書 ☑ 住宅改修の必要性が確認できる写真（日付入り） ☑ 平面図 ☑ 住宅所有者の承諾書 ☑ 定価記載のカタログ等のコピー（既製品部材を使用の場合）		
居宅介護支援事業者 ※いずれかにチェック	☐ 本申請の被保険者に係る居宅（介護予防）サービス計画は作成されていない。 ☑ 担当の下記介護支援専門員に本申請に係る介護保険住宅改修について連絡済。 （事業者名）大野城市地域包括支援センター　（介護支援専門員名）大野まどか		

大野城市長　様

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。 別添見積書のとおり住宅改修をすること、また変更のある場合は、新たに住宅改修費の支給申請を行うことを誓約します。
また、当該申請に基づく住宅改修費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。

令和 5 年 4 月 1 日

申請者　住所　大野城市曙町2丁目2－1　　電話番号　092－501－2211

氏名　大野 ジョー　印
（被保険者との関係：本人　）

受取人の住所 事業所名 代表者氏名	（住所）〒 816 － 8510 大野城市瓦田4丁目2－1	（電話番号） 092－501－2306
	（事業所名） ㈲大野城介護工務店	（代表者氏名） 代表取締役 大野 二郎　印