第34号様式（表）

個人番号の記入がない場合も受付できます。

介護保険住宅改修給付申請書

フリガナ		目黒区保険者番号	1 3 1 1 0 2		
被保険者氏名		被保険者番号			
		個人番号			
生年月日	年　月　日生（満　歳）				
要介護状態区分（該当に「○」）	要支援	1 ・ 2	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
認定の有効期間	年　月　日 ～　年　月　日				
住所	〒　－ 電話番号（　）				
住宅の所有者氏名	本人との関係（続柄）（　）				
施工事業者の名称、住所等	事業者名				
	住所	〒　－ 電話番号（　）			
改修内容・箇所（改修内容に「レ」の印）	□ 1 手すり設置 □ 2 段差の解消 □ 3 滑り防止等のための床材の変更	□ 4 引き戸等への扉の取替え □ 5 便器の取替え、位置・向きの変更 □ 6 その他付帯工事			
改修予定日	年　月　日　予定				
介護保険対象の改修予定金額	円（税込・税抜）				
入所（院）期間	年　月　日（入所（院）日）～　年　月　日（退所（院）日）				

目黒区長　あて

上記のとおり、関係書類を添えて、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修給付の申請をします。

この申請の決定に係る区からの通知について、その写しを上記事業者あてにも送付することに同意します。

年　月　日

申請者（被保険者本人）

住所

氏名　　電話番号（　）

提出前に下の項目の書類がそろっているか、ご確認ください。

□ 住宅改修理由書　□ 工事費の見積書　□ 承諾書（詳細は裏面2へ）

□ 住宅改修後の完成予定の状態がわかるもの（写真等）　□ 図面

この申請書の記入等にあたっては、裏面の注意事項を、必ずお読みください。

（区記入欄）

収受日	給付決定	支給予定額	居宅介護支援事業所の有無		備考欄
	可・否		有・無		
			事業者名		
			指定番号		

受付				確認者
	包括(北・東・中・南・西) 介護・郵便 氏名（　）	個人番号	個カ・通カ・その他（　）	
		本人確認	個カ・免・パ・健・年・その他（　）	
		代理確認	戸籍、委任状、登記簿・その他（　）	
		代理本人	個カ・免・パ・健・年・その他（　）	

目黒区