

在宅介護支援住宅改修補助金申請書

在宅介護支援住宅改修にかかる補助金を下記のとおり申請します。

補助金を申請する組合員が記入する欄	中建国保の被保険者証記号番号				フリガナ			
	記号	90		番号		組合員氏名		
	住宅改修した介護保険被保険者の氏名				中建国保加入の有無	生年月日	組合員との続納	性別
					加入・未加入	明・大・昭 年 月 日生		男・女
	介護保険の被保険者番号				介護度 ※(いづれか一つ)			
					要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
	改修した住宅について							
	住所(組合員住所)	〒				住宅の所有者	本人との関係()	
						改修の内容 ※(複数可)	手すりの取付・段差解消・床材変更・扉の取替え・便器の取替え その他()	
						着工日	年 月 日	
				完成日	年 月 日			
①改修費用		円(税込)						
②介護保険支給額		②	円(②=②×10/9=			円/最高20万円限度・1円未満切捨て)		
③他の助成制度支給額		円						
④補助金申請額		円(最高10万円限度)						
①-②(②×10/9)-③≤10万円								
申請年月日		年 月 日						

※印は該当するものに○をすること。

上記の住宅改修工事を行いました。

住宅改修を施工した組合員が記入する欄	中建国保の被保険者証記号番号				フリガナ		
	記号	90		番号		組合員氏名	
	住宅改修工事を行った事業所名及び住所(勤務先等)						
〒							

中央建設国民健康保険組合 理事長 殿

本部受理	処 理 者		扱 者
	年 月 日		

支部受理	扱 者		出張所長
	年 月 日		