

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	組合員との続柄	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 ※(いけか)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)	手すりの取付け・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	平成	年	月 日
			完成日	平成	年	月 日		
記入する欄	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 (①-②'-③) (≤10万円)		円(最高10万円限度)					
申請年月日		平成 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	扱 者
	年 月 日	

支部受理	扱 者	出張所長
	年 月 日	