

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			枝番	0	1	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		大・昭 年 月 日生			男・女
	介護保険の被保険者番号										介護度 (いずれか一つに○をつけてください)					
											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)										住所		本人との関係()			
											改修の内容 (該当するものに○・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		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										円 (②' = ② × 10 / 9 ~ 7 = 円 / 最高20万円限度・1円未満切捨て・1~3割は自己負担)						
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										年 月 日						

上記の住宅改修工事を行いました。

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			枝番	0	1	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			