

小郡市介護保険住宅改修支援助成金交付申請書

（あて先） 小 郡 市 長

申請者	事業者番号										
	事業所所在地	〒 Tel									
	事業所名称										
	管理者氏名	印									

注：介護保険指定事業者ではない申請者（福祉住環境コーディネーター等が作成した場合）については、事業所所在地欄に、所属する事業所の住所及び電話番号を記入してください。（この場合、事業者番号欄は記入不要です。）

住宅改修支給申請を行った別紙に記載した被保険者については、
（どちらかの□にチェック↓）

- 【介護支援専門員】 当該住宅改修工事着工日の属する月において、居宅介護（介護予防）支援費、（介護予防）小規模多機能型居宅介護費を請求していない、または請求しない見込みであるため
- 【介護支援専門員以外】 住宅改修着工日において、居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届が提出されておらず、その日以降も提出の予定がなかったため
また、（必ず□にチェック↓）
- 当該住宅改修支給申請に係る理由書作成において、いかなる対価も受領していないため

介護保険住宅改修支援助成金の交付を申請します。

なお、住宅改修の着工日の属する月において居宅介護（介護予防）支援費または（介護予防）小規模多機能型居宅介護費を請求することになった等、介護保険住宅改修支援助成金の交付要件に該当しなくなった場合には、速やかに当該被保険者についての本申請を取り下げます。

助成対象期間 (対象年を記載・該当期間を丸で囲む)	年	4月～6月分	7月～9月分	10月～12月分	1月～3月分
助成金申請額	円				
	内訳 (件) × @ 2,000円				
添付書類	<input type="checkbox"/> 理由書作成者の資格確認書類（資格者証の写し等。初回のみ必要。） <input type="checkbox"/> 内訳明細書（様式第1号別紙） <input type="checkbox"/> 請求書				
口座振込依頼欄	銀行 信用組合 農協	本店 支店(所) 出張所	種別	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	普通 当座 その他		
	フリガナ				
	口座名義人				

