

小郡市介護保険住宅改修支援助成金交付申請取下届

（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。）

年 月 日付けで介護保険住宅改修支援助成金の交付申請を行った下記の被保険者については、

（いずれかの□をチェック↓）

- 「住宅改修が必要な理由書」を作成した改修工事が、支給対象として認められなかったため
- 【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、当該事業者が居宅介護（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することとなったため
- 【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いる又はその日以降に提出することを予定していたため

介護保険住宅改修支援助成金の交付申請を取り下げます。

記

対象被保険者	被保険者番号										
	氏 名										
	工事着工日	年 月 日									

