

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		[REDACTED]										
	被保険者番号												
	個人番号												
生 年 月 日	年 月 日		性 別	男 ・ 女									
住 所	〒												
住宅の所有者	本人との関係 ()												
改修の内容・ 箇所及び規模	事業者名												
	着 工 日		年		月		日						
	完 成 日		年		月		日						
保険対象改修費①			自己負担額② (①×0.1 (0.2)) ※1円未満切上げ					保険支給額①－②					
円			円					円					
<p>大網白里市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給申請及び受領に関する権限については、次の者に委任します。</p> <p>年 月 日 住所 申請者 (兼受領委任者) 氏名 印 電話番号 ()</p>													
受任者の住所、事業者名、代表者名及び口座振込先	〒												
	住所												
	事業者名		電話番号 ()										
	代表者名		印										
金融機関							支店名						
口座番号							区分		1 普通 2 当座				
フリガナ 口座名義人													
指定居宅介護支援事業者確認欄	<p>上記の申請については、介護保険法第45条第1項に規定する住宅改修に該当すること及び支給の申請手続が適正であることを確認します。</p> <p>住所 事業者名 電話番号 () 居宅介護支援専門員氏名 印</p>												

※大網白里市記入欄

保 険 対 象 額	支 給 決 定 額	備 考
円	円	

注意

- 1 この申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、及び施工前の状態が確認できる書類等を添付して工事施工前に申請してください。工事施工後に、さらに領収書及び施工後の状態が確認できる書類等を提出してください。
- 2 住宅改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でないときは、所有者の承諾書も併せて添付してください。
- 3 保険対象改修経費に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。