

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)

受付番号 202

保険者番号	2	8	2	1	6	0	被保険者番号								
フリガナ								生年月日	年 月 日 (和暦で記載してください。)						
被保険者の住所	〒 高砂市							電話番号 - -							
改修工事を行う住宅の所有者	上記の被保険者が、介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給申請に係る工事を行うことを承諾します。							住所 電話番号 - - 氏名 被保険者との続柄( ) (自署又は記名・押印)							
改修の内容	1. 手すりの取り付け 2. 段差の解消 3. 滑り防止、移動円滑化等のための床又は通路面の材料変更 4. 引き戸等への扉の取り替え 5. 洋式便器等への便器の取り替え 6. その他1~5の各改修工事に付帯して必要な工事														
施工業者名	電話番号: - -							改修予定額				円			
工事着工予定日	年 月 日							工事完了予定日				年 月 日			
住宅改修履歴の有無	無・有 <input checked="" type="checkbox"/> 「有」の方は 前回の改修以降の市内転居の有無							無・有 [住所異動日: 年 月 日]							

高砂市長様

住宅改造併用の有無 改造併用 有・無

上記のとおり関係書類を添えて、受領委任払による居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。また、居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領に関する権限を下記の事業者委任します。

年 月 日

市受付印

申請者 (被保険者)	住所	高砂市		
	氏名 <small>自署又は記名・押印</small>			
来庁者氏名 ※この申請書を提出される方		□続柄( ) □ケアマネ □施工業者		
		電話番号: - -		

受領委任払に係る同意欄

居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領に関する権限について、上記申請者からの委任を受け、受領することに同意します。また、施工にあたっては、関係法令並びに確約書の内容を遵守します。  
なお、支給にあたっては、介護保険給付費受領委任払取扱事業者登録申請書の提出時に指定した口座に振り込んでください。

受任者	登録番号							
	所在地							
	事業者名称							
	代表者氏名/ 電話番号	( )						

市処理欄<この欄には記入しないでください。>

要介護度	要支援( ) / 要介護( )	上記の申請に基づき、住宅改修工事を承認してよろしいか。											
認定有効期間	~	年 月 日											
住宅改修履歴	無 有 (工事金額: 円)	課長	係長	担当	受付者								
限度額リセット	介護度リセット 転居リセット				システム特記入カ								
改修区分	1・2・3・4・5・6												
工事承認日	年 月 日				上記の申請について、改修工事完了後に必要書類の提出がありましたので、住宅改修費の支給を承認してよろしいか。								
支給申請日	年 月 日	課長	係長	担当	年 月 日								
支給限度額	円				システム登録								
申請対象額	円				整理番号								
支給対象額	円				□承認 □非承認								
負担割合	割 負担割合変更: 有 無				支給決定額 円								
支給額	円				支給区分								
支給後限度額	円				予防・介護								