

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修支給申請書(受領委任払用)

フリガナ		保険者番号		2	4	2	0	4	0
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日	要介護度等							
認定有効期間	年 月 日	～	年 月 日						
住所	〒		電話番号						
住宅の所有者	本人との関係()								
住宅改修先住所	〒								
改修の内容・箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 1. 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 2. 段差の解消 <input type="checkbox"/> 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 4. 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 5. 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> 6. 付帯工事			業者名					
				業者連絡先					
				着工日	年 月 日				
				完成日	年 月 日				
改修費用	円								
改修予定費用から改修費用で変更があった場合の理由									
(あて先) 松阪市長 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。 なお、当該給付費の支給については、届出済みの介護保険住宅改修費受領委任払い振込先口座にお振込みください。 年 月 日 〒 所在地 申請者 (受領委任事業所) 事業所名 電話番号 代表者氏名 ㊟									
上の事業所にこの申請に基づく居宅介護(介護予防)住宅改修費の請求及び受領に関する権限を委任します。 被保険者 (兼受領委任者) 氏名 (署名又は記名・押印)									
指定居宅介護支援事業者確認欄	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してい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した。 住所 居宅介護支援専門員氏名 事業所名 ㊟								

市記入欄

保険対象額①	自己負担額② *1円未満切り上げ	支給決定額①-②	課長	主幹	係長	主任	担当
円	円	円					