

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書 [受領委任払い用]

フリガナ		保険者番号					4	0	2	1	6	4
被保険者氏名		被保険者番号	0	0								
生年月日	明・大・昭	年 月 日生										
住 所	〒	介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5									
		電話番号										
改修する住宅 ※該当に○	自宅(本人所有)	業 者 名										
	自宅(家族所有) (続柄: ) 所有者名:											
	借家 所有者名:	担 当 者 名										
現在の状況 ※該当に○	在 宅	連 絡 先										
	入所中 (退所予定日: 年 月 日)		TEL									
	入院中 (退院予定日: 年 月 日)	改 修 費 用	円									
該当に○	住 宅 改 修 種 類		改修の内容・箇所及び規模									
	①手すりの取付け											
	②段差の解消											
	③滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更											
	④引き戸等への扉の取替え・扉の新設											
	⑤洋式便器等への便器の取替え											
着工予定日	年 月 日	添付書類	<input type="checkbox"/> 図面(平面図等) <input type="checkbox"/> 工事費見積もり書 <input type="checkbox"/> 改修前の写真(撮影日の日付入り) <input type="checkbox"/> 住宅改修が必要な理由書									
完成予定日	年 月 日											
小郡市長 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。 なお、この申請に基づく居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領に関する権限を本申請に係る住宅改修を施工した 下記の住宅改修施工業者に委任します。 年 月 日 〒 申請者 住 所 電話番号 - (被保険者本人) 氏 名 印												
上記の委任に基づき、居宅介護(介護予防)住宅改修費を代理受領することについて、申し出ます。												
登録施工業者名		受領委任払い 取扱事業所登録番号										
住 所	〒	代 表 者 氏 名		印								
		TEL										

※小郡市介護保険課記入欄

住宅改修費													
負担割合	割	支払額	円				自己負担額	円				支給決定額	円
要介護度	未納保険料	滞納状況		支給限度額残額			担当	係長	課長				
	有・無	年度 期~ 年度 期 納付誓約 有・無		円									
上記の通り、決定・通知してよろしいか伺います。 決裁年月日 年 月 日													