

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）

フリガナ				被保険者番号	0	0	0	0						
被保険者氏名	生年月日				受理番号									
	明治・大正・昭和 年 月 日													
住所	郵便番号（〒675- ）													
	加古川市													
連絡先Tel ()														
要介護度				認定有効期間	平成 年 月 日		～平成 年 月 日							
改修内容	改修家屋の所有者			被保険者との続柄										
	改修の種類	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> その他 ()												
	改修業者名	連絡先Tel ()												
	着工予定日	平成 年 月 日から着工予定												
同日住宅改造申請		<input type="checkbox"/> 住宅改造あり ※申請ありの場合は、現地確認後に着工してください。 <input type="checkbox"/> 住宅改造なし												
加古川市長様 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、上記の保険給付費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。 平成 年 月 日 申請者住所 加古川市 (被保険者) 氏名 (印)														
上記申請者の居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する権限を当事業者が受任することに同意します。受領委任された居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。														
登録番号		受取人住所			電話番号									
		事業者名			()									
		代表者名			(印)									
		(使用印鑑)												
口座振込依頼欄	金融機関名			本支店名			種目		口座番号(右詰め)					
	銀行 信用金庫 信用組合 農協			支店 支所 出張所			普通 当座 貯蓄							
	フリガナ													
		口座名義人												

(印)

申請者
捨印

※ 太枠内をすべて記入してください。
 (注) ①住民票の住所地の家屋のみ対象となります。
 ②介護認定期間外に着工・完了した工事は対象になりません。

<市処理欄> ※この欄は記入しないでください。

<input type="checkbox"/> 生保受給中	<input type="checkbox"/> 住宅改造あり	着工日	平成 年 月 日
住宅改修申請回数	回数	完成日	平成 年 月 日
申請済額	円	総改修費用	円
残額	円	支給対象改修費用	円
支給決定年月日	平成 年 月 日	支給決定金額	円

受付印

