

介護保険居宅介護(予防)住宅改修費受領委任払申請書

| | | | | | | | | | |
|---|------------|---------|-----------|-----------|-----|--|--|--|--|
| フリガナ 被保険者氏名 | 保険者番号 | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | 電話番号 | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係 () | | | | | | | | |
| 改修の内容・ 箇所及び規模 | 業 者 名 | | | | | | | | |
| | 着 工 日 | | 年 月 日 | | | | | | |
| | 完 了 日 | | 年 月 日 | | | | | | |
| 負 担 割 合 | 割 | 改 修 費 用 | 保 險 請 求 額 | 自 己 負 担 額 | 合 計 | | | | |
| | | | 円 | 円 | 円 | | | | |
| <p>美 浜 町 長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)住宅改修費の支給を申請します。 また、上記申請に基づく給付費の受領に関する権限を、下記受取人に委任します。 なお、この申請に関する決定通知の内容について、下記受取人にも通知することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> | | | | | | | | | |
| <p>住所 受取人 氏名</p> <p>電話番号</p> | | | | | | | | | |

注意：・この申請書に領収書及び介護支援専門員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、
 着工前及び完成後の状態が確認できる書類等(設計図、施工図、写真等)を添付してください。
 ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。