**介護保険　居宅介護（予防）住宅改修費　支給申請書　　（受領委任払用）**

　　　年　　　月　　　日

足利市長あて

下記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）住宅改修費を申請します。

また、居宅介護（支援）住宅改修費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  申　請　者  ( 被保険者 ) |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | ０ | | | | | ９ | | | | | | ２ | | | | ０ | | | | | ２ | | | | | | | ３ | | |
| （ 大 ・ 昭　 　年　 　月　 　日生 ） | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |
| 個人番号 | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  |
| 性　　別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　）  足利市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係  （ ） | | | | | | | | | | | 改修費用 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修の箇所・ 内容及び規模 |  | | | | | | | | | | | 被保険者  負 担 額 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 着 工 日 | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完 成 日 | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類　　　□　住宅改修が必要な理由書　　　□　工事見積書、平面図  　　　　　　　□　工事前の写真（日付入り）　　□　住宅所有者の承諾書(所有者が本人でない場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　取　人  ( 住宅改修費支給  制度取扱事業者 ) | | 所 在 地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名 | | | 電話番号　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振　込　先　口　座 | 銀行･農協  　　　 　　　　信用金庫  　　　 　　　　労働金庫 | | | | | | 本　店  　 　　　　　支店等  　 　　　　　出張所 | | | | | 種　目 | | | | | | | | | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １　普　通  ２　当　座 | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  |  |  | | |  |
| フリガナ  口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 工事残額 | 円 |
| 介護認定 | 申請中、要支援 　要介護 |
| 認定期間 | ～ |
| 事前申請№ |  |
| 整理№ |  |
| 支給決定額 | 円 |

――――――――――――――――　以下は記入しないでください　――――――――――――――――

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日  　上記の申請の改修内容を承認します 印  □但し次の条件を付します  　□入院入所中のため、退院退所して自宅へ戻ることを前提とします。事後申請は退院退所後に申請すること。  　□認定の申請中のため、認定されることを前提とします。事後申請は認定されてから申請すること。 |

□ 在宅確認（ 　在宅 ・ 入院中 ・ 入所中 　）

※ 受領委任登録№(　　　　　　　　　　　　 )

※ 退院・退所日（ 　　　　　　　　　　　　）