

(御殿場市受領委任払い用)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号					2	2	2	1	5	8	
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0								
生年月日	明・大・昭	年		月		日	性別	男・女						
住所	〒412- 御殿場市													
方書											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						
							完成日	年 月 日						
保険対象改修経費①	自己負担額②(①×0.1) ※ 1円未満切り上げ						保険支給額①-②							
円	円						円							
御殿場市長 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。 また、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については、 次の受取人に委任します。 年 月 日 住所 申請者 (兼受領委任者) 氏名 印 電話番号 -														
受取人の住所又は所在地 事業者名 代表者名	〒						契約番号							
	住所又は所在地													
	氏名又は事業者名													
代表者職氏名														
電話番号() -														
指定居宅介護支援事業者・地域包括支援センター 確認欄	上記の申請については、介護保険法第45条又は第57条に規定する住宅改修に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認します。 住所又は所在地 氏名又は事業者名 居宅介護支援専門員氏名 印													

※注意 この申請書に、領収書及び工事費内訳書、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。

※御殿場市記入欄

保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考