

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					被保険者番号															
被保険者氏名					個人番号															
	生年月日	明.大.昭	年	月	日	性別	男・女													
住所	〒 鯖江市 (電話番号)																			
現在の要介護状態の区分等	要介護区分	1	2	3	4	5	要支援区分	1	2											
	有効期間	年 月 日から				年 月 日														
住宅所有者住所・氏名	本人との関係()																			
改修の内容・箇所および規模	着工日	年 月 日																		
	完成日	年 月 日																		
改修費用	円																			
鯖江市長様 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、居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給の受領について次の者に委任します。 年 月 日 申請者 住所 (委任者)氏名 印 (電話番号)																				
上記居宅介護(介護予防)住宅改修費は、下記の口座に振り込んでください。 事業者 住所 (受任者)事業者名 代表者名 印 (電話番号)																				
口座振込依頼欄	銀行	本店				種目	口座番号													
	農協	支店				1 普通														
	信用金庫	出張所				2 当座														
	信用組合																			
	フリガナ																			
	口座名義人																			

- 添付書類 ① 住宅改修費受領委任払承認決定通知書の写し
 ② 請求書、工事内訳書
 ③ 自己負担分の領収書(保険給付対象額の1割、2割または3割分)の原本
 ④ 日付の入った住宅改修完成後の写真

※保険給付額の算定(申請者は記入しないこと。)

①支給要件	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 住宅改修費支給に係る住宅からの転居 <input type="checkbox"/> 介護の必要度が著しく高くなった場合の特例該当 <input type="checkbox"/> 以前に支給した住宅改修費が限度額に満たなかった場合				負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
②今回支給可能基準額	円	現住宅の過去住宅改修費	年 月 日着工	支給額 円	給付制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 支給額 (④×0.9・0.8・0.7)
③住宅改修費対象経費	円	住宅改修費用総額	円	円	
④支給基本額	円	住宅改修費対象外経費	円	円	自己負担額 (※円未満切上) (④×0.1・0.2・0.3)
審査	係	《特記事項》			円