|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※太枠内のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 整理番号 | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 年　　　月　　　日  （あて先）茅ヶ崎市長  申請者（被保険者）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  次のとおり、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、委任権限の有無を公簿等で確認することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | 保険者番号 | | | | | １ | | | ４ | | ２ | | ０ | | | ７ | | ５ | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | | | |  | |  | |  | 負担割合 | | 割 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 大・昭　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | | 本人との関係（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅改修の内容  箇所・規模 | | □手すりの設置  □段差の解消  □床材の変更  □扉の取替  □洋式便器等への取替  □その他 | | | | | | | | | | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | 改修事業者名 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払方法 | | □償還払い方式　　□受領委任払い方式（※裏面も記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類確認欄 | | □承諾書（所有者が本人と異なる場合）  □見積書　　□改修箇所がわかる図面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □改修が必要な理由書  □改修前写真（日付入り） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※市役所確認欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護認定 | 申請中（新規　・　区変　・　更新）  要支援　１　２　　要介護　１　２　３　４　５  　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | 事前申請受付欄 |
|  |
| 支給実績等 | □なし　　□あり　□リセット適用　（残額￥　　　　　　　　　）  □生保受給　　□送付先設定 | | | | | | | |
| 確認証発行日 | 年　　　月　　　日　（□事後申請時提出の確認） | | | | | | | | 事後申請受付欄 |
| 工事着工日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  |
| 給付対象額 |  |  |  |  |  |  | 円 | 改修金額（全額） |
| 支給額 |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
| 自己負担額  （　　　割） |  |  |  |  |  |  | 円 |

※受領委任払いのみ以下も記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付対象額 |  |  |  |  |  |  | 円 | 改修金額（全額） |
| 支給額 |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
| 自己負担額 |  |  |  |  |  |  | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| （あて先）茅ヶ崎市長  　保険給付の支給について、次の事業者を代理人に定め、その受領の権限を委任します。  　　　年　　　月　　　日 | |
| 委任者  （被保険者） | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 受任者  （登録事業者） | 所在地  事業者名  代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
| ※市役所承認欄 |

**□介護保険住宅改修費の支給申請について、申請内容を審査し、受領委任払い方式とすることを承認しました。**

　　　　　年 　月　 日

**福祉部介護保険課**