

茅ヶ崎市介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

※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	* * 0 0 0	保険者番号	1 4 2 0 7 5
	個人番号		性別	男 女
	フリガナ		生年 月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			
	住所	〒253- 茅ヶ崎市		
住宅の所有者	本人との関係()			
住宅改修の内容 箇所・規模	<input type="checkbox"/> 手すりの設置 () <input type="checkbox"/> 段差の解消 () <input type="checkbox"/> 床材の変更 () <input type="checkbox"/> 扉の取替 () <input type="checkbox"/> 洋式便器等への取替 () <input type="checkbox"/> その他 ()			改修事業者名
支払方法	<input type="checkbox"/> 償還払い方式 <input type="checkbox"/> 受領委任払い方式(※裏面も記入)			
添付書類確認欄	<input type="checkbox"/> 承諾書(所有者が本人と異なる場合) <input type="checkbox"/> 改修が必要な理由書		<input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 改修前写真(日付入り)	

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

茅ヶ崎市介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

※受領委任払いのみ以下も記入してください。

(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