|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※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**