

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																					
① 年 月 日 (あて先)茅ヶ崎市長 申請者(被保険者) 氏名 ② 茅ヶ崎 はな 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③	*	*	0	0	0	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	フリガナ	チガサキ ハナ													保険者番号	1	4	2	0	7	5
	氏名	茅ヶ崎 はな													負担割合④	割					
	住所	〒253-8686 茅ヶ崎市 茅ヶ崎1-1-1													生年 月日	大・昭 21年 1月 1日					
電話番号 0467 - 82 - 1111																					
住宅の所有者		⑤ 茅ヶ崎 太郎													本人との関係(夫)						
住宅改修の内容 箇所・規模⑥		<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの設置 (トイレ、浴室、廊下) <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						
															〇〇工務店						
		支払方法⑦ <input checked="" 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"/> 改修箇所がわかる図面 <input type="checkbox"/> 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	<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	
許可証発行日	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) 円
支給額	円	
自己負担額(割)	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。

⑧

給付対象額					円	改修金額(全額) 円
支給額					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。

⑨ 年 月 日

⑩

申請者

住所

(被保険者)

氏名

印

所在地

⑪

委任事業者

事業者名

代表者氏名

印

※市役所承認

記入の仕方

介護保険
することを承認

《表面》

- ①申請日(提出日)を記入してください。
- ②被保険者氏名の記入と、押印をお願いします。(認印可)
- ③介護保険被保険者証から転記してください。
- ④介護保険負担割合証から転記してください。
- ⑤住宅の所有者が被保険者と異なる場合は、承諾書が必要です。
- ⑥該当する項目にチェックをし、()内には工事箇所を記載してください。
- ⑦希望する支払い方法にチェックをしてください。

《裏面》(償還払いの場合、記入は不要です。)

- ⑧改修金額(全額)、給付対象額、支給額、自己負担額を記入してください。
- ⑨申請書表面と同じ日付を記入してください。
- ⑩被保険者氏名の記入と、押印をお願いします。(認印可)
- ⑪必ず代表者の印を押してください。

払い方式と

月 日

介護保険課