

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																				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																			大・昭	年	月	日					
	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	<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	
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) 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。

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