

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）

フリガナ				被保険者番号	0	0	0						
被保険者氏名				生年月日			受理番号						
				明治・大正・昭和									
住所	郵便番号（〒675-）												
	加古川市			連絡先TEL（）									
負担割合	割	要支援・介護		認定有効期間	年月日～年月日								
改修内容	改修家屋の所有者			被保険者との続柄									
	改修の種類			<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え									
	改修業者名			連絡先TEL（）									
	着工予定日			令和 年 月 日から着工予定									
来庁者氏名 <small>※この申請書を提出される方</small>					<input type="checkbox"/> 続柄（） <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 改修業者 連絡先TEL（）								
住宅改造助成事業		<input checked="" type="checkbox"/> 制度の説明を受けた（はい・いいえ） ※原則住宅改修の初回申請時しか併用できません。			<input type="checkbox"/> 住宅改造を申請する。 <input type="checkbox"/> 住宅改造を申請しない。								
加古川市長様 上記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、支給される居宅介護（介護予防）住宅改修費については、下記の口座に振込みを依頼します。 令和 年 月 日 申請者住所 加古川市 （被保険者） 氏名													
上記申請者の居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する権限を当事業者が受任することに同意します。受領委任された居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。													
受取人住所		電話番号											
登録番号	事業者名			（）									
	代表者名			印 （使用印鑑）									
口座振込依頼欄	金融機関名		本支店名		種目	口座番号（右詰め）							
	銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店 支所 出張所		普通 当座 貯蓄								
	フリガナ												
口座名義人													

印
申請者
捨印

※ 太枠内をすべて記入してください。

（注）①住民票の住所地の家屋のみ対象となります。

②介護認定期間外に着工・完了した工事は対象になりません。

<市処理欄> ※この欄は記入しないでください。

	<input type="checkbox"/> 住宅改造あり	着工日	令和 年 月 日
住宅改修申請回数	回目	完成日	令和 年 月 日
申請済額	円	総改修費用	円
残額	円	支給対象改修費用	円
支給決定年月日	令和 年 月 日	支給決定金額	円

受付印

