

様式第7号（第9条関係）

介護保険 居宅介護・介護予防 住宅改修費支給（変更）申請書（受領委任払い用）

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号															
			被保険者番号															
生 年 月 日	年 月 日																	
住 所	〒 ー												自己負担割合 (1割・2割・3割)					
住宅の所有者											被保険者との続柄							
改修の内容・ 箇所及び規模 (該当する工 事に○をつけ てください)	① 手すりの取付け										施 工 業 者 名							
	② 段差の解消										着 工 予 定 日		年 月 日					
	③ 滑りの防止及び移動の円滑化等 のための床材の変更										完 成 予 定 日		年 月 日					
	④ 引き戸等への扉の取替え ⑤ 洋式便器等への便器の取替え ⑥ その他上記改修に付帯して必要 となる住宅改修										改修予定費用		円					
美濃加茂市長 藤井 浩人 宛																		
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(変更)申請します。 また、当該申請に基づく保険給付の受領に関する権限を下欄の受任者に委任し、当該保険給付に係る決定通知を送付することに同意します。																		
年 月 日																		
申 請 者 住 所 (被保険者氏名) 氏 名 印 電話番号() ー																		
※自署の場合、押印は不要です。																		
受任者	事業所 〒										電話番号							
	所在地										() ー							
	事業所名																	
	代表者名																	
添 付 書 類 確 認 欄	☐ 住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類 ☐ 改修内容が確認できる書類等(工事費内訳書・施工後の図面・日付入りの改修前写真) ☐ 住宅所有者の承諾書(被保険者本人が改修を行う住宅の所有者でない場合は必要です。)																	

【保険者記入欄】※以下は記入しないでください。

保険内金額(A)	利用者負担額(B)	支給予定額(A-B)	過去申請済額(C)	申請可能残額 (20万円-A-C)
円	円	円	円	円
改修工事施工前の 要介護等認定状況	(要支援・要介護) (1・2・3・4・5)	認 定 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

【保険者決裁欄】 上記申請について、当該住宅改修を 給付対象・給付対象外 としてよろしいか。

決 裁 欄	課 長	課長補佐	係長	建築技師	係 員	担当者	起案	年 月 日
							決裁	年 月 日
							通知	年 月 日
							通知先	