

介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払い用）

カガナ 被保険者氏名	保険者番号		3 0 3 4 4 6					
	被保険者番号		3 4 4					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男・女				
住 所	〒 電話番号							
住宅の所有者	本人との関係（ ）							
改修の内容・ 箇所及び規模	業者名							
	着工日	令和	年	月	日			
	完成日	令和	年	月	日			
改修費用	円		保険給付額				円	
	円		自己負担額				円	
高野町長 様 上記のとおり関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請します。 また、この申請に基づく給付費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名 印								
受取人 上記被保険者から委託を受け、給付費を代理受領することに同意します。 住所 電話番号 事業者名 代表者 印								

※注意・この申請書の裏面に、被保険者が払った自己負担額の領収証及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付して下さい。
 ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険でない場合は、所有者の承諾も併せて添付して下さい。

被保険者氏名:		被保険者番号:		No.
施工業者名:				
改修箇所		対象工事種別		
改修前			撮影日: 令和 年 月 日	
改修後			撮影日: 令和 年 月 日	

※写真は、それぞれ日付の入ったものとします。デイト機能のないカメラでは、黒板等に日付を記入し、撮影してください。

