

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号	2	3	2	1	0	8
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
要介護状態区分等 (着工時)	要支援	要介護	認定期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日					
	1・2	1・2・3・4・5							
住所	刈谷市								
住宅の所有者	被保険者との関係 ( )								
改修の内容・箇所及び規模			業者名						
			担当者名						
			連絡先	( ) -					
			着工予定日	令和 年 月 日					
改修費用	円								
刈谷市長 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所..... 氏名..... 電話番号 (.....) -.....									

- 備考 1 この申請書に見積書、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、材料のカタログ、改修前の写真及び平面図等を添付してください。
- 2 改修を行う住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

受領方法（いずれかに○を付けてください）

<input type="checkbox"/> 受領委任払い <input type="checkbox"/> 償還払い
---



受領委任払いの場合は、裏面の「受領委任払い同意書」に記入・押印してください。

市記入欄

申請状況	保険料	実績
居宅・退院退所前 退院退所予定日 ( ) <input type="checkbox"/> 不支給時説明	無・有	無・有→リセット (無・3段階・転居) リセット後実績

(裏 面)

様式第 3 号

受領委任払い同意書

令和 年 月 日

申請者 住 所 .....

氏 名 .....

※自署または記名押印してください。

電話番号 ( ) - .....

この申請に係る介護給付費等の受領に関する権限を下記の事業者に委任します。

-----  
上記申請者に係る介護給付費等の受領について同意します。

なお、介護給付費等は、請求書類に記載の口座に振り込んでください。

受領委任登録番号 .....

所 在 地 .....

事 業 者 .....

代 表 者 .....

※自署または記名押印してください。

電話番号 ( ) - .....