介護保険居宅介護住宅改修費支給申請書（受領委任払い用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | 被保険者  番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | 着工日 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 完成日 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| ①支給申請対象経費 | | | | | | | | | | ②自己負担額(①×負担割合) | | | | | | | ③支給申請額(①－②) | | | | | | | | | | |
| 円  (限度額２０万円) | | | | | | | | | | 円  (１円未満は切り上げ) | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| （あて先）印西市長  　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、本申請に基づく住宅改修費の支給及び受領に関する権限を下記受任者に委任します。  　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  (兼受領委任者) | | | | | 住所  氏名 | | | | 〒  ㊞　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　領  受任者 | 住所  事業者名  代表者名 | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | 登録番号 | | |  |  |  |  |
| ㊞　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座  振替先 | 銀行  信用金庫･信用組合 | | | | | | | | | | 本店･支店･出張所 | | | | | 口座種別 | | | | | 口座番号 | | | | | | |
| 1.普通預金  2.当座預金  3.その他 | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | | |  |  |  | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  １　住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類。  ２　住宅改修の状況を示した図面及び写真（着工前及び完成後等）。  ３　当該住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有権者の承諾書。  ４　住宅改修にかかる見積書及び自己負担分の領収書。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当課  記入欄 | | 介護度 認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日  介護保険料納付状況(未納等の有無) 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 償還限度額 円(既改修状況 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |