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  被保険者氏名 |  | 保険者番号 | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | 被保険者番号 | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修の内容  箇所及び規模 |  | | | 業者名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 着手日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 完了日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 丸亀市長　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申請します。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  　申請者  （被保険者）  　　　　　氏名 | | | 電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注意　・この申請書の裏面に、領収書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及び完了後の状態が確認できる書類等を添付してください。

　　　　・改修を行った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。

　　　　・支払方法に受領委任払いを選択する場合、原則として改修費用欄に10割の金額と利用者負担金額（1円未満の端数は切り上げ）を記入してください。

居宅介護（介護予防）住宅改修費を次の支払方法により処理してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払方法依頼欄 | □受領委任払い　　※所定の委任状を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □償還払い（公金受取口座を利用する）※下記の口座情報の記入は不要です。  また、事前にマイナポータル等での登録が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □償還払い（振込口座を指定する）※下記に口座情報を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込先 | 銀行  信用金庫  農協 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 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 | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

**委任欄**

　　支給決定額に係る一切の権限を口座名義人　　　　　　　　　　に委任します。

　　　　　　年　　月　　日

被保険者氏名（申請権者）　　　　　　　　　　　　　印