様式第２号(第６条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書  （受領委任払用） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ | |  | | | | | | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | | |  | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | 被保険者番号 | | |  | | | | | | |
| 個人番号 | | |  | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | 業者名 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 着工日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 完成日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 改修費用 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四万十市長　様  　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。  　また、当該申請に基づく給付費の受領権を下記の事業者に委任します。  　　　　　　年　　月　　日  　申請者　住所  （委任者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書に、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、  工事費見積書、改修前・後の状態が確認できる書類(見取図、写真)等を添付してください。  　　・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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 上記被保険者に係る当該給付費の受領権を受任することに同意します。  居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。  事業者　住　　所  （受任者）事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 口座振替  依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  協同組合 | | | | | | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 要介護状態区分 | | | | |  | | | | 認定日及び有効期間 | | | | |  | | | | | | |  | |
| 過去の住宅改修支給状況 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 改修費用合計 | | | | | 円 | | | | 支給額(合計×0.9) | | | | | 円(上限18万円) | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |