様式第７号（第７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（受領委任払い用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 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 | |
| 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 |  | 予定業者名 | |  | | | | | | | |
| 着工予定日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 完成予定日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 改修予定費用 | 円 | | | | | | | | | | |
| 袋井市長  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に関する権限を下記の者に委任し、あわせて、受領委任払いに係る保険給付費について受任者に通知することに同意します。  　　　　年　　月　　日  住　所    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  申請者  氏　名 | | | | | | | | | | | |
| 袋井市長  上記申請に基づく居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する権限を上記申請者から委任を受ける事に同意します。なお、支給に当たっては、登録口座に振り込んでください。  　　　　年　　月　　日  所 在 地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  受任者　名　　称  代表者名 | | | | | | | | | | | |

　（注）

　　１　介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、工事予定箇所の状態が確認できる日付け入り写真（改修箇所が複数ある場合は図面）等を添付してください。

　　２　住宅改修の工事完成後には、領収書、工事内訳書、工事完成後の状態を確認できる日付け入り写真、住宅の所有者の承諾書（住宅の所有者が当該利用者以外の場合）を提出してください。

様式第７号（第７条関係）

記載例

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書（受領委任払い用）

押印は不要です

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | ふくろい　はなこ | | 保険者番号 | |  | 2 | 2 | 2 | 1 | 6 | 6 |
| 被保険者氏名 | 袋井　花子 | |
| 被保険者番号 | | 1234567890  次ページ記載 | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和２年　２月　２日 | |
| 住所 | 〒437-8666  袋井市新屋○丁目○番地　　　　　　　　電話番号　0538-00-0000 | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 袋井　次郎　　　　　　　　本人との関係(　長男　) | | | | | | | | | | |
| 改修の内容・箇所及び規模 | 手すりの取り付け(玄関) | 予定業者名 | | 袋井介護保険株式会社 | | | | | | | |
| 着工予定日 | | 00年　　00月　　00日 | | | | | | | |
| 完成予定日 | | 00年　　00月　　00日 | | | | | | | |
| 改修予定費用 | 15,000　　　　　円 | | | | | | | | | | |
| 袋井市長  **１０割負担**の金額を記入してください  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に関する権限を下記の者に委任し、あわせて、受領委任払いに係る保険給付費について受任者に通知することに同意します。  　　　　令和00年　　00月　　XX日  住　所　　袋井市新屋○丁目○番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号　0538-00-0000  申請者  氏　名　　袋井　花子 | | | | | | | | | | | |
| 袋井市長  上記申請に基づく居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する権限を上記申請者から委任を受ける事に同意します。なお、支給に当たっては登録口座に振り込んでください。  同意した日を記入して下さい  　　　　令和00年　　00月　　XX日  所 在 地　袋井市新屋１丁目１番地の１  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　0538-44-3152  受任者　名　　称　袋井介護保険株式会社  代表者名　静岡　太郎 | | | | | | | | | | | |

　（注）

　　１　介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、工事予定箇所の状態が確認できる日付け入り写真（改修箇所が複数ある場合は図面）等を添付してください。

　　２　住宅改修の工事完成後には、領収書、工事内訳書、工事完成後の状態を確認できる日付け入り写真、住宅の所有者の承諾書（住宅の所有者が当該利用者以外の場合）を提出してください。

※個人番号の記載がなくても申請は受け付けます。

個人番号を記入されなかった場合は、上記書類の添付は不要です。

（２）本人の身元が確認できるものの写し

①顔写真付きのもの１点

・運転免許証

・個人番号カード

・身体障害者手帳 　　等

② ①の書類の提示が困難な場合は以下の書類を２点

・介護保険被保険者証

・負担割合証

・年金手帳

・後期高齢者医療被保険者証　等

（１）　本人の個人番号が確認できるものの写し

・通知カード

・個人番号カード

・個人番号が記載された住民票の写し　等

個人番号を記入された場合、以下の２点の写しを同封してください