

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						
生年月日	年 月 日	個人番号						
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							
<p>袋井市長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>電話番号</p> <p>申請者 氏名</p>								
<p>袋井市長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>受任者 名称 代表者名</p>								

(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。

記載例

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	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					
生年月日	昭和2年 2月 2日	個人番号	次ページ記載					
住所	〒437-8666 袋井市新屋〇丁目〇番地		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 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 た、当該申請に基づく給付費の受領に関す いに係る保険給付費について受任者に通知		10割負担の金額を記入してください						
令和00年 00月 XX日								
住所 袋井市新屋〇丁目〇番地		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、支給は		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								
		押印は不要です						

(注)

- 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。
- 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

(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

(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

※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。