

第4号様式（第5条関係）

介護保険 居宅介護(介護予防)住宅改修費受領委任払い申請書

余市町長様

次のとおり、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受領委任払いにて申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者番号										個人番号											
フリガナ										生年月日	年 月 日			性別	男・女						
被保険者氏名																					
被保険者住所	〒046ー 余市町 町 丁目 番地 電話番号 ー																				
住宅所有者氏名										被保険者者との関係											
住宅所有者住所	〒 ー 電話番号																				
承諾確認欄 （※被保険者と住宅所有者が異なる場合）	被保険者が以下の住宅について改修工事行うことを承諾いたします。 住宅の所在地 〒 ー 所有者氏名（自署） 印																				

費 目	・居宅介護住宅改修費 ・介護予防住宅改修費																		
改修の内容・箇所及び規模	・工事費内訳書等へ記載 有・無																		
改修実施事業者名					改修予定費用	円		着工予定年月日	年 月 日										

注意：この申請書に、受領委任払いに係る改修実施事業者の同意書、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、住宅改修後の完成予定の状態が分かるもの（簡単な図等）を添付してください。
住宅改修後、改修に要した費用に係る領収証、工事費内訳書並びに住宅改修着工前及び住宅改修後の写真（原則として撮影日の分かるもの）等を提出してください。
改修を行う住宅の所有者が被保険者と異なる場合であって、当該所有者が死亡している場合は、代表相続人の承諾書も併せて提出してください。

※この欄には、記入しないでください

審 査 決 定 調 書					
改修費用	円	着工日	年 月 日	完成日	年 月 日
区 分		給付区分	保険対象改修費（A）	自己負担額（B） （A×0.1・0.2・0.3） ※1円未満切上	保険支給額（C） （A－B）
1. 一 般	滞納保険料 有・無	法定給付分			
		町給付分			
2. 給付額減額 （6割・7割給付）	保険料徴収 権消滅期間 有・無	合 計			
		既支給	支給上限額（支給限度基準額－既支給額）		要介護度
事業者登録	写真等確認	領収証確認	有・無	支 ・ 介	
			備 考		