

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。

被保険者番号									申請年月日	年	月	日				
フリガナ									生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男・女	
被保険者氏名																
被保険者住所	〒046- 余市町 町 丁目 番地								電話番号 -							
住宅所有者氏名									被保険者との関係							
申請者氏名 (被保険者)	印															
申請者住所	〒046- 余市町 町 丁目 番地								電話番号 -							

費目	・居宅介護住宅改修費										・居宅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、居宅介護支援事業者等が作成した住宅改修が必要な理由書、改修箇所の改修前の写真（原則として撮影日のわかるもの）工事費見積書、住宅改修後の完成予定の状態がわかるもの（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書・工事費内訳書・改修後の状態を確認できる写真等（原則として撮影日のわかるもの）を提出してください。

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) ※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 (7割給付)	未納保険料 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	領収書確認	有・無			支・介						
			備考									