

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費 受領委任払承認申請書

フリガナ						保険者番号	1	8	2	0	7	1
被保険者名						被保険者番号						
生年月日	明.大.昭	年	月	日	性別	男・女						
住所	〒 鯖江市					(電話番号)						
現在の要介護状態の区分等	要介護区分	1	2	3	4	5	要支援区分	1	2			
	有効期間	年 月 日から					年 月 日					
住宅所有者住所・氏名	本人との関係( )											
改修の内容・箇所および規模						着工予定日	年 月 日					
						完成予定日	年 月 日					
改修費見込額	円											
鯖江市長 様 上記のとおり介護保険住宅改修費の受領委任払いの承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 なお、承認後、申請の内容に変更が生じた場合は速やかに届け出ます。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 印 (電話番号)												

※ 鯖江市介護保険住宅改修費等受領委任払い登録事業者記載欄

鯖江市長 様 上記介護保険住宅改修については、受領委任払いにより取り扱うことに同意します。 年 月 日 事業者 住所 事業者名 代表者名 印 (電話番号)												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 添付書類 ① 住宅改修が必要な理由書（介護支援専門員等が作成したもの）  
 ② 見積書、工事内訳書  
 ③ 住宅改修箇所の平面図・拡大図・側面図  
 ④ 日付の入った住宅改修施工前の写真  
 ⑤ 製品カタログ等  
 ⑥ 承諾書（被保険者が住宅所有者ではない場合）

※保険給付額の算定（申請者は記入しないこと。）

①支給要件	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 住宅改修費支給に係る住宅からの転居 <input type="checkbox"/> 介護の必要度が著しく高くなった場合の特例該当 <input type="checkbox"/> 以前に支給した住宅改修費が限度額に満たなかった場合				負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
					給付制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
②今回支給可能基準額	円	現住宅の過去住宅改修費	年 月 日着工 支給額	円	支給予定額 (④×0.9・0.8)
③住宅改修費対象経費	円	住宅改修費見込額	円	円	
④支給基本額	円	住宅改修費対象外経費	円	円	自己負担予定額(円未満切上) (④×0.1・0.2)
《特記事項》					円