

償還	受領委任No.

捨印

様式第58号その1

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号		1	1	3	4	1	5
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	MTS	年	月	日	負担割合	1割・2割		性別	男・女	
住所	〒			電話番号.....						
住宅の所有者 (承諾/同意)	所有者氏名.....本人との関係(.....) ※改修を行う住宅の所有者が当該被保険者でない場合、所有者の承諾が必要です。下欄により、あらかじめ承諾を受けてください。 私は、上記住宅に.....が、当該住宅改修を行うことに同意します。 平成 年 月 日 住所.....氏名.....印									
改修の内容・ 箇所及び規模				施工業者名						
				完成予定日	平成	年	月	日		
改修費用	円									
(あて先)滑川町長 上記のとおり介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 平成 年 月 日 (代行者) 〒 (被保険者) 〒 住所 住所 事業所名等 氏名 .....印 氏名 .....印 電話番号 ..... 電話番号 .....										

備考 この申請書は、住宅改修工事前に提出し、次の書類等を添付してください。

- 介護支援専門員等が作製した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類 (住宅改修理由書)
- 住宅改修にかかる予定の状態がわかるもの (改修前の写真を元で作成した予定図、又は簡単な図を用いたもの)
- 改修工事にかかる費用の見積書等

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費を次の口座に振り込んでください。

委任状/承諾書	※本人以外の口座に振り込む場合、この欄にもご記入ください。 介護保険住宅改修費の受領を下記の者に委任します。 平成 年 月 日 委任者(被保険者)氏名.....印 上記の者より委任された介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領を承諾します。 受任者 〒 (口座名義人)住所..... 事業所名等..... 代表者 氏名.....印 電話番号.....									
	口座振替依頼欄	銀行	本店	種別	1 口座番号 2 債権者コード					
信用金庫		支店	1 普通預金							
労働金庫		出張所	2 当座預金							
	金融機関コード	店舗コード	3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

町記入欄

介護度	支給決定額	使用済額	初回介護度	承諾書	保険料滞納
				有・無	有・無