

様式第2号（第8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）

フリガナ		保険者番号	2	2	3	4	4	6
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女					
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	業 者 名							
	着 工 日		年 月 日					
	完 成 日		年 月 日					
保険対象改修経費①	自己負担額②（①×0.1） ※ 1円未満切り上げ		保険支給額①-②					
円	円		円					
<p>小山町長 様 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、この申請に基づく居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給申請及び受領に関する権 限については、次の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日 住所</p> <p>申 請 者 (兼受領委任者) 氏名 印 電話番号（ ） -</p>								
受取人の 住所 事業者名 代表者名	〒		契約番号					
	住所							
	事業者名							
居宅介護 支援事業 者確認欄	代表者職氏名							
	電話番号（ ） -							
	<p>上記の申請については、介護保険法第45条又は第57条に規定する住宅改修に該当 すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認します。</p> <p>住 所</p>							
事業者名								
居宅介護支援専門員氏名		印						

（注） この申請書の裏面に、領収証、工事費内訳書、改修箇所の完成写真（撮影日のわかるもの）、請求書を添付してください。

※小山町記入欄

保険対象額	本人負担額	支給決定額	備 考