

介護保険 居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（給付券）

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------|--------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | カイゴ ハナコ | | 保険者番号 | 7 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 介護 花子 | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | 被保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | | | 個人番号 | 0 | 9 | 0 | 8 | 0 | 7 | 0 | 6 | 0 | 5 |
| 生年月日 | 明・大・昭 10 年 10 月 10 日 | | 電話番号 | △△-△△△△-△△△△ | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 530 — 8201 大阪市北区中之島 1-3-20 | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 介護 太郎 | | 本人との関係 | | 世帯主 | | | | | | | | |
| 改修の内容・箇所及び規模 | ・トイレ ・廊下 | | 事業所名 | 中之島工務店（株） | | | | | | | | | |
| | | | 着工予定日 | 令和 ○○年○○月○○日 | | | | | | | | | |
| | ・トイレ 段差解消工事 洋式便器への取替え工事 | | 完成予定日 | 令和 ○○年○○月○○日 | | | | | | | | | |
| | | | 改修予定費用 | 216,000 円 | | | | | | | | | |
| <p>大阪市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請し、その請求及び受領を下記のものに委任します。</p> <p>別添見積書のとおり、住宅改修を行うこと、また変更のある場合は、新たに住宅改修費の支給申請を行うことを誓約します。</p> <p>なお、大阪市が保険給付の適正な執行についての調査を行う場合には、申請書類、請求書類の提供及び履行確認に協力することに同意します。</p> <p>令和 ○○年○○月○○日</p> <p>申請者 住所 大阪市北区中之島 1-3-20</p> <p>氏名 介護 花子 電話番号 △△-△△△△-△△△△</p> <p>令和 ○○年○○月○○日</p> <p>住所 大阪市都島区中野町 2-16-20</p> <p>受領者 事業所名 中之島工務店（株）</p> <p>代表者氏名 代表取締役 中之島 一郎 電話番号 ××-××××-××××</p> | | | | | | | | | | | | | |

- 注意
- この申請書に、介護保険住宅改修にかかる理由書（介護支援専門員等が作成）、見積書、施工計画書（図面）、施工前の状態が確認できる写真（撮影日が入っているもの）を添付してください。
 - 改修を行う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添付してください。
 - 事業者等が提出する場合は、提出にかかる委任状が必要です。
 - 本市から「住宅改修費給付券」が到着してから着工してください。
 - 完成後には、改修途中及び改修後の状態が確認できる写真（撮影日が入っているもの）を提出してください。
 - 税更正等により、自己負担割合が変更になった場合には、遡及して返還金もしくは還付金が発生することがあります。

市 記入欄

| 提出者 | 委任状 | 提出者の確認 | | | | 入力日 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|-----|
| <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他（ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 提出方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 決裁欄 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 係員 | 備考 | |
| | | | | | | |