H30.8 改定

（ 様 式 2 ）

居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

[利用予定の支払方法] ※どちらかに〇を

受領委任 ・ 償還	払い

（申請先） 熊本市長 宛

次のとおり関係書類を添えて、居宅介護(予防)住宅改修費の支給を申　請します。なお、施工業者から今回の改修工事の内容及び料金について説明を受け、同意しています。

1割 ・ 2割 ・ 3割

受付印　　受付印

（申請者）

個人番号												

フリガナ		生年月日	住宅の所有者名	
名前 （被保険者）	㊞	年　月　日		本人との関係
住所	電話　ー　ー 熊本市			
添付書類	既設平面図　枚	詳細図　枚	内訳書　枚	施工前写真　枚	承諾書　枚

（入退院の有無）　□有　□無

入院・入所先	
退院・退所予定日	年　月　日

退院・退所できなかった場合には、全額自己負担になることの説明をうけ、承知しています。

申請者
（被保険者）　㊞

被保険者番号	
申請日	年　月　日
前回までの利用金額	円
利用可能額	円
工事総額	円
保険給付対象工事額	円
今回保険給付予定額	円
自己負担額	円
自己負担総額	円
保険給付決定額 （記入しないで下さい）	円

（受領委任払い）

私（甲）は、乙を代理人と定め、住宅改修に関する申請手続き及び保険給付の請求、受領に関する権限を委任します。

甲
（被保険者）　（住所）

（名前）　㊞

私（乙）は、上記権限を受任します。

乙
（受任者）　（住所）

（名称及び代表者）　㊞

【居宅介護(介護予防)支援事業者記入欄】

事業者			
担当者			
住所			
電話		FAX	

今回の改修内容について、利用者の心身の状況及び介護環境等を勘案し、ケアプランに添った必要なサービスであると判断します。
また、今回の工事内容および料金について利用者が理解し、同意していることを確認しました。

事業者　㊞

【施工業者記入欄】

事業者			
担当者			
住所			
電話		FAX	

今回の改修内容について、利用者に説明し同意を得ています。
なお、今回の住宅改修について、問題が生じた場合には責任もって対処し、解決に努めます。

事業者　㊞

（備考）