

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ	クマモト カイゴ		保険者番号	4 3 1 0 0 7									
被保険者氏名	熊本 介護		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
			個人番号										
生年月日	S3	年 1 月 1 日	要介護度等	要介護 2									
認定有効期間	令和 6 年 1 月 1 日 ～ 令和 6 年 1 2 月 3 1 日												
住所	〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号 電話番号 096-328-2311												
住宅の所有者	熊本 介護		本人との関係	(本人)									
住宅改修先住所	〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号												
改修の内容・箇所及び規模	☒ 1. 手摺りの取り付け ☐ 2. 段差の解消 ☐ 3. 滑りの防止および移動の円滑化のための床材又は通路面への材料の変更 ☐ 4. 引き戸等への扉の取り替え ☐ 5. 洋式便器等への便器の取り替え ☐ 6. 付帯工事		着工日	令和 6 年 3 月 15 日									
			完成日	令和 6 年 3 月 15 日									
			業者担当者名	介護									
			担当者連絡先	096-328-2347									
改修費用	200,000 円												
改修予定費用から改修費用で変更があった場合の理由	(変更があればその理由を記載) 担当者名は苗字のみで結構です。連絡先は一番つながりやすい番号を記載してください。												
事前承認番号													

熊本市長 様

上記のとおり、熊本市介護保険住宅改修費受領委任払いに関する実施要綱の規定を遵守した上で、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。

令和 6 年 4 月 15 日

〒 862-8555

申請者 (受領委任事業者) 所在地 熊本市東区東本町16-30 事業者番号 437〇〇〇〇〇〇〇〇

事業者名 (株) ●●●●● 電話番号 096-367-9127

代表者氏名 ■■ ▲▲

注意 ・受領委任払いの申請に関しては、「熊本市介護保険住宅改修費受領委任払いに関する実施要綱」の規定を確認した上で、申請してください。

・工事終了後、住宅改修に要した領収書、工事内訳書、住宅改修完成後の状態を確認できる写真を提出してください。

・入院中の被保険者については本申請はできません。退院後に手続きを行ってください。

・区分変更申請中の被保険者も本申請はできません。認定決定後に手続きを行ってください。

・不実の申請であることが判明した場合は給付を取り消す場合があります。申請日時点において在宅、かつ、介護度が決定していることを必ず確認して本申請を行ってください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	介護	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 ()	種 目	口 座 番 号							
	金融機関コード		支店コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()	1	2	3	4	5	6	7	
	1	2	3	4	5	6	7					
	フリガナ	クマモト カイゴ										
	口座名義人		熊本 介護									