様式第５号（第７条関係）

（受付印）

受領委任払い専用

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前申請書（受領委任払用）

フリガナ		保険者番号	２４２０５７
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	大正・昭和　年　月　日	要介護度等	要支援・要介護（　）
認定有効期間	年　月　日　～　年　月　日		
住所	〒　－　電話番号　（　）		
住宅の所有者		被保険者との関係	本人・（　）
改修の内容・箇所及び規模	□ １．手すりの取付け □ ２．段差の解消 □ ３．滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 □ ４．引き戸等への扉の取替え □ ５．洋式便器等への便器の取替え □ ６．付帯工事	業者名	
		業者連絡先	
		着工予定日	年　月　日
		完成予定日	年　月　日
改修予定費用（税込）	円	左記の自己負担額支払予定月	年　月
担当の介護支援専門員等	（事業所名）　（介護支援専門員等氏名）		

（申請先）　桑名市長　様

前のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。

この申請に係る介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領を下記受任者に委任します。

この申請に係る給付費を受領後、市が行う改修内容等の点検に協力し、当該点検について市が委託する者に対し、この申請に係る情報を提供することに同意します。

年　月　日

申請者（被保険者）　住所　〒　－

氏名

上記申請者から委任のありました事項について、桑名市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費及び居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給に関する要綱に基づき承諾しています。

年　月　日

受任者（受領委任事業者）　住所

事業者名（法人名）

代表者職及び氏名

注意　・この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、住宅改修の予定の状態が確認できるもの（写真及び平面図）を提出してください。

給付費の受領に当たっては以下の受任者口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 金庫 組合	本店 支店 （　）	種目 １ 普通 ２ 当座 ３ その他	口座番号
	金融機関コード	店舗番号		
	フリガナ			
	口座名義人			

市処理欄	受付者		認定新規申請	無　・　申請中→（受領委任不可）	生保	有（＝不可）・無
	添付書類	理由書／見積書（□材料費等の区分）／平面図／写真（□寸法確認）				
	同時申請中の工事	無・有（申請額　円）		複数見積	済・説明まで・無	
	滞納等	無・有→（給付制限：無・有（→不可））		入院・入所	無・有→（退院予定　月　日）	
	給付対象工事費（保険給付の対象となる費用）		□改修費用と同額　□左記以外（　円）			事前承認番号
	領収予定月	年　月	**領収予定時点**負担割合	1割　・　2割　・　3割		