

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					被保険者番号							
被保険者氏名					個	人						
生年月日	明.大.昭	年	月	日	番	号						
住 所	〒 鯖江市（電話番号）											
現在の要介護状態の区分等	要介護区分	1	2	3	4	5	要支援区分	1	2			
	有効期間	年 月 日から				年 月 日						
住宅所有者住所・氏名	本人との関係（ ）											
改修の内容・箇所および規模						着工日	年 月 日					
						完成日	年 月 日					
改修費用	円											
鯖江市長 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、居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給の受領について次の者に委任します。 年 月 日 申請者 住所 （委任者）氏名（電話番号）												
上記居宅介護（介護予防）住宅改修費は、下記の口座に振り込んでください。 事業者 住所 （受任者）事業者名 代表者名（電話番号）												
口座振込依頼欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号						
					1 普通 2 当座							
	フリガナ											
	口座名義人											
添付書類 ① 住宅改修費受領委任払承認決定通知書の写し ② 請求書、工事内訳書 ③ 自己負担分の領収書（保険給付対象額の1割または2割）の原本 ④ 日付の入った住宅改修完成後の写真												

※保険給付額の算定（申請者は記入しないこと。）

①支給要件	☐ 初回 ☐ 住宅改修費支給に係る住宅からの転居 ☐ 介護の必要度が著しく高くなった場合の特例該当 ☐ 以前に支給した住宅改修費が限度額に満たなかった場合			負担割合 ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
				給付制限 ☐ 無 ☐ 有
②今回支給可能基準額	円	現住宅の過去 住宅改修費	年 月 日着工 支給額 円	支給額(④×0.9×0.8×0.7) 円
③住宅改修費対象経費	円	住宅改修費用総額	円	
④支給基本額	円	住宅改修費対象外経費	円	自己負担額（※円未満切上） (④×0.1×0.2×0.3) 円
審査		係	《特記事項》	