

## 住宅改修費 確認チェックリスト（支給申請）

ご提出前に以下の点を必ずチェックしてください。

- ① 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書
  - 記入間違い、記入漏れがないか。
  - 記載の本人住所（改修先）について介護保険被保険者証と相違が無い。
  - **【償還払いのみ】振込口座の名義人が被保険者以外の場合、委任状が添付されているか**
  
- ② 領収書
  - 領収書の原本が添付されているか。
  - 領収書の名義が被保険者本人名義（フルネーム）になっているか。
  - 事前協議に添付した内訳書と比して領収金額に相違がないか。
  - 原本の返却を希望する場合、コピーも併せて添付されているか。
  
- ③ 工事後の写真
  - 写真に日付が入っているか。
  - 工事箇所の全体が写っているか。
  - 浴槽の変更工事（段差解消工事）をした場合、浴槽のまたぎ部分と深さ部分にメジャー等をあてて写真を撮っているか。
  - 段差解消工事の場合、段差がわかるよう段差部分にメジャー等をあてて写真を撮っているか。

※[受領委任払い用]の支給申請書は受領委任払いの登録事業者を利用して工事を行った場合にのみご利用いただけます。

※書類に不備があった場合、訂正を依頼し、支給に遅れが出る場合がありますのでご注意ください。

※工事内容について書面にて確認が行えない場合、現地調査をする場合があります。

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	.....	生年月日	大・昭	年	月	日
被保険者氏名		被保険者番号				
住所	〒 - 電話番号 ( )					
住宅の所有者	被保険者との関係 ( )					
改修の内容・箇所及び規模	受付番号					
	施工業者名					
	着工年月日		年 月 日			
総費用額(税込)	円	完成年月日	年 月 日			
柏市長 あて 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、この申請に基づく居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給申請及び受領に関する権限を、下欄の受取人に委任します。 年 月 日 申請者兼受領委任者 住所 氏名 (印) (氏名自署の場合は押印不要)						
受取人情報欄	(所在) 〒 - 電話番号 ( ) (事業者名) 登録番号 ( )					
居宅介護支援事業者確認欄	この申請については、介護保険法第45条第1項又は第57条第1項に規定する住宅改修に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認しました。 (所在) 〒 - 電話番号 ( ) (事業者名) (介護支援専門員氏名)					

柏市記入欄	チェック欄	支給決定額等内訳	事後申請確認者	受付印
	<input type="checkbox"/> 受給資格(要) <input type="checkbox"/> 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書 <input type="checkbox"/> 事後の写真 <input type="checkbox"/> 限額確認(円) <input type="checkbox"/> 領収書の原本	保険対象額 _____ 円		
	<input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> リセット 有・無	支給決定額 _____ 円		



介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

償還払

フリガナ	-----		保険者番号	1	2	2	1	7	6		
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	大・昭	年	月	日	改修時の 介護度	支1・支2・介1・2・3・4・5					
住所	〒 -  電話番号 ( )										
住宅の所有者	被保険者との関係 ( )										
改修の内容・ 箇所及び規模			受付番号								
			施工業者名								
			着工年月日			年		月		日	
総費用額（税込）	円		完成年月日			年		月		日	
柏市長 あて 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。  年 月 日  住所  (被保険者) 氏名											
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード		支店コード	1 普通預金							
				2 当座預金							
			3 その他								
フリガナ		-----									
口座名義人											

柏市 記入欄	チェック欄		支給決定額等内訳	事後申請確認者	受付印
	<input type="checkbox"/> 受給資格(要) ) <input type="checkbox"/> 限定額確認(円) <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> リセット 有・無	<input type="checkbox"/> 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費申請書 <input type="checkbox"/> 事後の写真 <input type="checkbox"/> 領収書の原本	保険対象額 _____ 円  支給決定額 _____ 円		

記入例

介護保険居宅介護

改修費支給申請書

(償還払)

フリガナ 被保険者氏名	カシワ タロウ 柏 太郎	保険者番号	1 2 2 1 7 6		
		被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
生年月日	大・昭 2年1月1日	改修時の介護度	支1・支2	3・4・5	
住所	〒277-8505 柏市柏5-10-1	保険証に記載の住所と同じ住所(改修先)を記入 電話番号 04(7167)1135			
住宅の所有者	柏 一郎	被保険者との関係 (長男)			
改修の内容・箇所及び規模	トイレ 手すり×1本	受付番号	△△△△		
		施工業者名	(株)柏工務店 柏営業所		
		着工年月日	令和●年△月△日		
総費用額(税込)	210,000 円	完	▲日		
柏市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護)申請書 令和●年△月▲日 住所 柏市柏5-10-1 (被保険者)氏名 柏 太郎					
口座振込依頼欄	銀行 カシワ 信用金庫 カシワ 信用組合 カシワ 農業協同組合	本店 カシワ 支店 出張所	目	口座番号	
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	1 2 3 4 5 6 7	
	フリガナ 口座名義人	カシワ イチロウ 柏 一郎			

- 原則、本人の口座とする
- 口座の名義人が本人以外の場合  
は記載の上、「委任状」を添付
- 被保険者が死亡の場合は記入  
不要とし、「申出書」を添付

柏市記入欄	チェック欄	支給決定額等内訳	事後申請確認者	受付印
柏市記入欄	<input type="checkbox"/> 受給資格(要) <input type="checkbox"/> 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費申請書 <input type="checkbox"/> 限額確認(円) <input type="checkbox"/> 工事後の写真 <input type="checkbox"/> 介護保険滞納 <input type="checkbox"/> 領収書の原本 <input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> リセット 有・無	保険対象額 _____ 円  支給決定額 _____ 円		

口座名義人が被保険者本人でない場合、次に記載してください

## 委任状

年 月 日

柏市長 あて

(被保険者)

住所

氏名

印

(氏名自署の場合は押印不要)

次の者を代理人と定め、住宅改修費の受領に関する一切の権限を委任したので  
お届けします。

(代理人)

住所

氏名

被保険者との続柄 ( )

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号 ( )

記入例

口座名義人が被保険者本人でない場合、次に記載してください

委任状

令和●年 △月 ▲日

柏市長 あて

(被保険者)

介護保険を利用する本人の記名・押印  
(氏名自署の場合、押印は不要)

住所 柏市柏5-10-1  
氏名 柏 太郎

柏印

(氏名自署の場合は押印不要)

次の者を代理人と定め、住宅改修費の受領に関する一切の権限を委任したので  
お届けします。

住宅改修費の振込先口座  
の名義人の記名

(代理人)

住所 柏市柏5-10-1

氏名 柏 一郎

被保険者との続柄 ( 長男 )

生年月日 大・昭・平 30年 1月 1日

電話番号 04 (7167) ▲▲▲▲

# 申 出 書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(相続人代表者)

住 所

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

被相続人との続柄 ( )

(000 )

が生前有していた介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給の申請及び受領について、相続人間で協議した結果、私が相続人の代表者として申請及び受領することとなりましたので、住宅改修費については次の口座に振り込んでください。

なお、当該保険給付費を私が受領することにおいて、問題が生じた場合には、私が責任をもって処理し、柏市には一切の迷惑をおかけしないことを確約いたします。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口 座 番 号					
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	ナカナ								
	口座名義人								

※ 当該申出による保険給付について、虚偽又は不正があった場合は、介護保険法第22条の規定により保険給付費の返還を求められます。

# 申 記入例 書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(相続人代表者)

住 所 柏市柏5-10-1

氏 名 柏 花子

生年月日 大・昭・平 33年 3月 3日

被相続人との続柄 ( 長女 )

(1234567890)

柏 太郎 が生前有していた介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給の申請及び受領について、相続人間で協議した結果、私が相続人の代表者として申請及び受領することとなりましたので、住宅改修費については次の口座に振り込んでください。

なお、当該保険給付費を私が受領することにおいて、問題が生じた場合には、私が責任をもって処理し、柏市には一切の迷惑をおかけしないことを確約いたします。

口座振替 依頼欄	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 カシワ 信用金庫 信用組合	<input type="checkbox"/> 本店 カシワ 支店 出張所	種目	口 座 番 号						
	金融機関コード	支店コード	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通預金 <input type="checkbox"/> 2 当座預金 <input type="checkbox"/> 3 その他	9	8	7	6	5	4	3
	1 2 3 4	1 2 3								
フリガナ 口座名義人	カシワ ハナコ 柏 花子									

※ 当該申出による保険給付について、虚偽又は不正があった場合は、介護保険法第22条の規定により保険給付費の返還を求められます。

(2024.1 改定)