

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 | カシワ タロウ | 生年月日 | 明・大・昭 2年1月1日 |
| 被保険者氏名 | 柏 太郎 | 被保険者番号 | 1234567890 |
| 住所 | 〒277-8505 柏市柏5-10-1 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 | トイシ 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 | 完成年月日 | 令和 ●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） また、この申請に基づく居宅介護（介護予防） 取人に委任します。 令和●年 △月 ▲日 申請者兼受領委任者 住所 柏市柏5-10-1 氏名 柏 太郎 | | 押印をしてください （氏名自署の場合は押印不要） | |
| 受取人欄 | (所在) 〒277-8505 電話番号 04(7167)▲▲▲▲ 柏市柏255-1 (事業者名) (株)柏工務店 柏営業所 登録番号(999) | | |
| 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 (所在) 〒 277-8505 柏市柏△-△-△ (事業者名) 柏居宅介護支援事業所 (介護支援専門員氏名) 柏 花子 | | |

| 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"/> 支給資格(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 | |

口座名義人が被保険者本人でない場合、下記に記載して下さい

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)

下記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 明・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 柏市柏5-10-1

氏 名 柏 花子

生年月日 明・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下記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 | カシワ 銀行 信用金庫 信用組合 | カシワ 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 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | |
| フリガナ | カシワ ハナコ | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 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。