

音更町介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費申請書（受領委任払用）

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|--------|-------|--|--|-------|-------|---|---|---|---|------|--|
| フリガナ | | 保険者番号 | | | | | 0 | 1 | 6 | 3 | 1 | 1 | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | 電話番号 | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係（ ） | | | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 改修の内容・箇所及び規模 | | | | | | 着工予定日 | 年 月 日 | | | | | | |
| | | | | | | 完成予定日 | 年 月 日 | | | | | | |
| 住宅改修が必要な理由 | 別紙添付住宅改修理由書のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 「確認者」指定居宅介護支援事業者等 ()内に資格を記入してください | 〒 | | 事業者番号 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | |
| （ ）内に資格を記入してください | | | | | | | | | | | | | |
| 音更町長 宛て 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。 なお、この申請による給付費の受領に関する権限を下記事業者に委任します。 また、上記内容に変更があった場合は、改めて、音更町介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請を行います。 | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 【委任者】 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（被保険者） | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 受領委任払同意書 | | | | | | | | | | | | | |
| 音更町長 あて | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の申請に係る居宅介護（介護予防）住宅改修費については、上記の被保険者からの委任を受け、受領することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 【受任者】 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名称 | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者職氏名 | | | | | | | | | | | | | |