様式第35号（第24条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 個人番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修の内容・箇所及び規模 |  | | 業者名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 着工日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 完成日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給申請金額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都城市長　　　　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。  　　　　　年　　月　　日  　申請者　　住所    　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |

※申請欄は署名または記名押印をしてください。

※住宅改修実施後報告書、領収書（写し）、施行後の写真（日付入り）を添付してください。

　居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座へ振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行 | | | | 支店 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 普通 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

※上記の振込口座名義人が被保険者氏名と異なる場合は、下記委任状の記入が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 委  任  状 | 都城市長　宛て  私は都城市から支払われる居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領に関する権限を下記の者に委任します。  　　　年　　　月　　　日  委任者(被保険者)　　住所  　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※署名または記名押印）  　受任者　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 副課長 | 副主幹 | 担当 |
|  |  |  |  |

事業所名・担当者(　　　　　　　　　　　　　　　 )

(１割負担　２割負担　３割負担　) （１号　２号） （　要支援　１　２　要介護　１　２　３　４　５　）