第 3 号様式　(第 7 条関係)

**宿毛市介護保険居宅介護(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 | 　 | 保険者番号 |  | 3 | 9 | 2 | 0 | 8 | 4 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 被保険者番号 |  | 　　 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | □　手すりの取り付け　□　段差の解消□　床又は通路面の材料変更□　引き戸等への扉の取替え□　洋式便器への便器の取り換え□　その他上記の住宅改修に付帯して　　必要となる住宅改修※改修箇所及び規模は、別紙のとおり。 | 事業所名・介護支援専門員氏名　  |
| 業者名 |  |
| 着工予定日 | 年　　月　　日 |
| 改修費用 | 円 |
| 宿毛市長 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。　なお、当該給付の受領については下記の者に委任します。　　　　　　年　　月　　日　申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　氏名　　 |
| 上記委任の件承諾しました。　なお、当該給付の支給については、既 に届出済みの登録口座にお振り込みください。年　　月　　日　受任者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者(所)名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　代表者氏名 |  |
|  |

注意・この申請書の裏面に、領収証及び介護支援専門員等が作製した住宅改修が必要と認められる理由を記載　　 した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。

　　　 ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。