

# 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任用）

（宛先） 札幌市 区長

**裏面の留意事項を確認のうえ**、以下のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

フリガナ				申請年月日	令和 年 月 日		
被保険者氏名				被保険者番号			
				個人番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
被保険者住所	〒						電話番号
現在の状況 ※1～3のうち該当するものに○	1 在宅		2 入院中		退院（退所）予定日		
	3 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院等（※）入所中		→		※『現在の状況』欄で2、3を選んだ場合記入		
		※ 介護医療院、介護療養型医療施設を指します。				年 月 日	
		→施設名（ ）					
住宅所有者氏名	※被保険者本人と異なる場合は承諾書を添付			申請者氏名	※被保険者本人の場合は記入不要		
		本人との関係：				本人との関係：	
申請者住所	〒						電話番号

費目	・居宅介護住宅改修費			・介護予防住宅改修費		
改修の内容・箇所及び規模	(改修内容)			(改修箇所等)		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手すりの取付け</li> <li>・段差の解消</li> <li>・滑り防止、床または通路面の材料変更</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・扉の取替え</li> <li>・便器の取替え</li> </ul> ※工事費内訳書等の添付書類で明らかな場合は省略可。		
施工事業者名						
着工予定日	令和	年	月	日	改修費用・見積額	円
負担割合（見込） ※領収日の属する月	(1・2・3・4)割			利用者負担額（見込額）	円	

※この申請書に、居宅介護支援事業者等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、改修前の状況が確認できる日付入りの写真、改修の予定の状態が確認できるもの、見積額の内訳の確認できる書類を添付してください。

※「利用者負担額（見込額）」は、「改修費用（見積額）」が支給限度基準額（20万円）以下の場合、当該金額に介護保険負担割合証に記載されている負担割合（1割であれば0.1、2割であれば0.2、3割であれば0.3）を乗じて得た額（1円未満の端数切り上げ）を記入してください。ただし、介護保険被保険者証に給付制限（給付額減額）の記載がある場合の負担割合は3割（元々の負担割合が3割であれば4割）となります。なお、「改修費用（見積額）」が支給限度基準額（20万円）以上の場合や、過去に住宅改修を行っている場合は、「利用者負担額（見込額）」の計算が異なります。ご不明な点がございましたら、お問合せください。

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

※介護保険被保険者証に「支払方法変更」又は「保険給付差止」の記載を受けている場合は、受領委任払いが選択できません。

委任確認欄	住所					
	委任者		氏名		印	
	令和	年	月	日		
	私は、居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領及び復代理人の選任を以下の者に委任します。					
	受任者		住所		氏名	
					印	

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

事業者番号						
口座振込 依頼欄 ※事前にご提出いただいた口座指定・変更届と同一の口座を記入してください。 ※受任者と口座名義人が異なる場合は、復代理人を選任する委任状が必要です。	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		口座種目	口座番号
	金融機関コード		支店コード		1. 普通	
					2. 当座	
					3. その他	
	フリガナ					
	口座名義人氏名					
	名義人住所					

※委任状欄及び口座情報欄の記載は、事前申請時、事後申請時どちらでも可能です。

<b>【改修完了後記載欄】</b>				提出日：令和 年 月 日					
着工日	令和	年	月	日	完成日	令和	年	月	日
領収日	令和	年	月	日	改修費用	円			
負担割合（見込） ※領収日の属する月	(1・2・3・4)割			利用者負担額	円				
現在の状況	在宅 ※入院（所）中の場合は支給対象外			その他（ ）					
	→ 事前申請時に入院（所）中だった場合は、退院（所）日 →			年 月 日					

※改修完了後、改修完了後記載欄について記載するとともに、領収証、その費用内訳の確認できる書類（工事費内訳書等）、改修後の状況が確認できる日付入りの写真を添付してください。

区役所記入欄

区分	保険給付差止	事前申請受付	支給申請受付	備考
1. 負担割合 1割	有・無			
2. 負担割合 2割				
3. 負担割合 3割				
4. 給付額減額 3・4割				