

住宅改修（受領委任払用）（事前申請）記入例

被保険者証に記載されている住所と同じものを記入してください。

第8関係

被保険者証に記載されている名前と同じものを記入してください。

被保険者証に記載されている番号と同じものを記入してください。

申請書（受領委任） 事前申請

被保険者氏名	チョウフ タロウ 調布 太郎	保険者番号	1 3 2 0 8 4
		被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9
生年月日	大 7年 7月 7日	性別	男 ・ 女

住宅改修の内容に当てはまるものにチェックをするか、塗りつぶしてください。

共有名義の住宅、本人以外の家族の所有する住宅、賃貸住宅の場合等、全ての所有者を記入してください。

住所 調布市小島町2-35-1
042(481)7321

審査の都合上、少なくとも改修予定日の2週間前までに提出してください。

所有者 調布 花子 (妻)
改修の内容 手すりの取付け 段差の解消 床板 便器の取替え

例えば介護保険適用の住宅改修費の見積が320,000円だった場合、200,000円(320,000)と記入してください。また、以前に100,000円の利用があり、今回の住宅改修が150,000円だった場合は、100,000円(150,000)と記入します。

例えば対象金額の利用者負担割合分を計算した結果が12,345.6円だった場合、12,346円になります。

調布住宅改修株式会社 着工予定日 平成27年 8月20日
200,000円 ※1円未満切上げ
20,000円 (利用者負担割合：1割)

負担割合証に記載されている割合を記入してください。

提出書類の該当項目にチェックをするか、塗りつぶしてください。

提出書類 住宅所有者の承諾書（住宅の所有者が本人以外の場合。都営住宅「承諾書」の様式）
 見積書（改修の内容・箇所及び規模がわかるもの）
 改修予定の状態が確認できる書類（日付入りの工事前写真、工事前の状況写真）
 住宅改修が必要な理由書P1・P2（原則ケアマネージャーが作成）

訂正箇所がある場合、訂正は印を使用してください。修正液・テープは使用しないでください。

上記のとおり関係書類を添えて、住宅改修の事前承認を依頼します。工事後、「完了届」を提出することにより、居宅介護（介護予防）の事前承認を申請します。

なお、上記申請内容に変更があった場合には、改めてこの申請に基づく居宅介護（介護予防）の事前承認の申請をお願いします。

住所・氏名は自筆で記入してください。

平成27年 8月 3日
【申請者】 住所 調布市小島町2-35-1
氏名 調布 太郎
(連絡先) (電話番号) 042-481-7321

この連絡先は、申請者の家族等で住宅改修の内容がわかる方の申請者との関係と名前を記入してください。

【受任者】 登録番号 調住19-111
所在地 調布市小島町2-35-1-2F
事業所名 調布住宅改修株式会社
代表者名 介護 要
電話番号 042-481-7016

預金種目を間違いなく
選択してください。

介護保険居宅介護(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	銀行名	支店名	預金目	口座番号					
	住宅改修 銀行・信用金庫 農協・信用組合	調布 本店 支店・出張所	1 普通 ② 当座	0	0	1	1	1	1
	フリガナ	チヨウフジュウタクカイシュウ(カブ)							
	口座名義	調布住宅改修株							

銀行名・支店名は合併・統廃合等に
注意して記入してください。

フリガナは間違いなく、忘れずに記入
してください。
例)「チツ」と「チズ」
「ナカタ」と「ナカダ」
「ヤマサキ」と「ヤマザキ」など
なお、住民登録上のフリガナと違う場
合はその旨欄外に記入してください。

住宅改修の承諾書

平成19年10月15日

該当項目にチェックをす
るか、塗りつぶしてくだ
さい。

承諾日を必ず記入して
いただけてください。

本人以外の家族等
(賃貸契約なし)

賃貸人

その他

住所 調布市小島町2-35-1

名 調布 花子

本人との関係 (妻)

こちらは、承諾
者の住所・氏名
を記入する欄で
す。

調布

私は、次の住宅に、(本人) 調布 太郎
宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の付
属した承諾書に署名し、承諾いたしました。

認印で構いませんが、申請
者と承諾者が同居している
場合でも、申請者の印と別
の印を押印してください。

住所 調布市小島町2-35-1

この住所は改修先の住所です。

※調布市記入欄

区分	保険料納付状況	保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考
1 一般	未納保険料				
2 支払方法の変更	有 ・ 無				
3 給付額減額	滞納保険料				
	有 ・ 無				

サービス提供年月	資格	要介護度					相談入力	承認日
H .	1 2	要支援	1	2				
		要介護	経	1	2	3	4	5