

住宅改修（受領委任払用）（事前申請）記入例

第7号様式（第8関係）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払用） **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	3 2 0 8 4
生年月日	明・大・昭 年 ○月○日	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9
住所	調布市小島町○-○-○	電話番号	×× ( ×× ) ××
当てはまるものに チェック	調布 花子 ○本人以外の所有の場合には、「承諾書」が必要	共有名義の住宅、家族の所有住宅、 賃貸住宅の場合等、 <b>全ての所有者を記入</b>	本人との関係 ( 妻 )
改修の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消	審査の都合上、改修予定日の 2週間前までに提出。 提出時点で未定の場合は空欄	<input type="checkbox"/> 模様替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え
例) 見積が320,000円だった場合、 200,000円 (320,000円)	有工事予定日	年 月 日	
① 見積金額	( 3 2 0 , 0 0 0 ) 2 0 0 , 0 0 0 円 ○200,000円を超える金額の場合 は、200,000円とします。	② 自己負担 予定額	( 3 0 0 , 0 0 0 ) 2 0 , 0 0 0 円 ※1円未満切上げ (利用者負担割合：1 割)
③ 保険支給予定額 (① - ②)	1 8 0 , 0 0 0 円	例) 利用者負担金額を 計算した結果が 12,345.6円だった場合、 12,346円	負担割合証を確認
提出書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 住宅所有者の承諾書（住宅の模様替え届）</li> <li>■ 見積書（改修の内容・箇所及び規模がわかるもの）</li> <li>■ 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、工事前工事後の図面）</li> <li>■ 住宅改修が必要な理由書P1・P2（原則ケアマネジャーが作成）</li> </ul>		
調布市小島町 苑	<p>提出書類の 該当項目を チェック</p> <p>おと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）住宅改修費の支給を申請します。</p> <p>なお、上記申請内容に変更があった場合には、「完了届」とおとり申請します。また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する権限を次の者に委任します。</p>		
令和○年 ○月 ○日	住所・氏名は <b>自筆</b>	訂正箇所がある場合、この印を使用 (認印でOK)※修正液等は使用不可	
【申請者】	住所 調布市小島町○-○-○ 氏名 調布 太郎	(印)	
(連絡先) 調布花代(娘)	電話番号) 090-000-0000		
【受領者】	登録番号 調住19-111 所在地 調布市布田○-○-○ 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-xxxx	(印)	

申請者の家族等で住宅改修の内容がわかる方がいれば、申請者との関係と名前を記入

(口座振込先の)  
代表者印を押印

銀行名・支店名は合併・統廃合等に注意

預金種目も忘れずに

介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座へ振り払い。

口座振替依頼欄	銀行名	支店名	預金種目	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	チョウフジエウタクカイシュウ（カブ）							
	口座名義人		調布住宅改修㈱						

フリガナは正確に  
例)「チツ」と「チズ」  
「ヤマサキ」と「ヤマザキ」など。  
住民登録上のフリガナと  
違う場合はその旨欄外に記入。

住宅改修の承諾書

該当項目にチェック

承諾日も忘れずに

令和〇年8月1日

承諾者の住所・氏名を記入

- 住宅の所有者】
- 本人以外の家族等  
(賃貸契約なし)
  - 賃貸人
  - その他 ( )

住所 調布市小島町〇-〇-〇  
氏名 調布 花子  
本人との関係 ( 妻 )



申請者と承諾者が同居の場合でも、別々の印を押印 ※認印でOK

私は、次の住宅に、(本人) 調布 太郎 が、「介護（介護予防）住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行うことを承諾いたします。

住所 調布市小島町〇-〇-〇

改修先の住所を記入

※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
R .	1 2	要支援	1	2				
		要介護	経	1	2	3	4	5