第３号様式（第６条関係）

**介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修完了報告書兼支給申請書（受領委任払用）工事後**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 保険者番号 | |  | | | | | **1** | **3** | **2** | **2** | **4** | **1** |
| 被保険者  氏名 |  | |
| 被保険者番号 | | ０ | ０ | ０ | | ０ |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　　　 年　　 月　 　日生 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  多摩市  電話番号（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 承認決定日 | 令和　　　年　　　　月　　　 日  ○ 承認決定通知書の日付とする。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 着工日 | 令和　　　 　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 完　成　日 | 令和　　　 　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | 円  ○　支給対象額は，通算200,000円までとする。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | * 領収証　(日付入りのもので，名義は本人に限る) * 内訳書　(合計金額が領収証の金額と一致するもの) * 住宅改修の完成後の状態が確認できる書類　(日付入りの写真，図面等) | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　考 | **※支給申請書（工事後）提出時の入院入所の有無⇒□無□有【必ずご記入ください**】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 多摩市長　殿  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。  また、当該申請にもとづく居宅介護（介護予防）住宅改修費支給請求及び給付金の受領に関する  権限を下欄の受取人に委任します。  令和　　年　　月　　日  住　所  【】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  （兼受領委任者）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　 (　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所  受取人　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　 　　電話番号  　　　　　　代表者氏名　　　　　　 　　　　　　　 印　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 多摩市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分等 | | 令和　　年　　月　　日～　令和　　年　　月　　日（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 改 　修 　金　 額  （支給対象額） | | 円 | | 支 給 金 額 | | | | 円 | | | | | | | |
| 支 給 決 定 日 | | 令和　　年　　月　　日 | | 振　込　日 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 備　　考　　欄 | |  | |  | | | | | | | | | | | |