

第9-1号様式

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費及び市町村特別給付費承認申請書  
（受領委任払用）

フリガナ		保険者番号								
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	年	月	日							
要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5		認定 有効期間	年	月	日	～	年	月	日
住所	〒  電話番号									
住宅の所有者	本人との関係（ ）									
改修内容・箇所 及び規模			事業所名							
			登録番号							
			着工予定日	年	月	日				
見積額	円		完成予定日	年	月	日				
(市町村特別給付費の支給を申請される場合に記入してください。)										
リフォームヘルパー派遣日	年 月 日									
<p>日進市長 あて</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p>また、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費及び市町村特別給付費の受領に関する権限を次の住宅改修施工事業者に委任します。</p> <p>なお、別添見積書の内容と異なる住宅改修を行うこととなった場合には、改めて住宅改修費及び市町村特別給付費承認申請書（受領委任払用）を提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(申請者) 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>										
<p>日進市長 あて</p> <p>上記申請にかかる住宅改修を施工した場合は、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給申請及び受領に関する権限を受任することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(受任者) 所 在 地</p> <p style="text-align: right;">事 業 者 名</p> <p style="text-align: right;">代 表 者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号</p>										

(注意事項)