

様式第9号（第6条関係）

介護保険住宅改修費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ		保険者番号	304014		
被保険者氏名		個人番号			
		被保険者番号			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女		
住 所	白浜町 (電話番号 )				
住宅の所有者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
改 修 内 容	※工事種別と箇所を記入してください				
着 工 日	平成 年 月 日	完 了 日	平成 年 月 日		
総費用額	円	保険対象 費用額	円	申請 者 負担 額	円
施 工 事 業 者	名称		電話番号		
	所在地				
白浜町長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険住宅改修費の支給を申請します。 なお、支給については受領委任払いにてお願いします。 平成 年 月 日 申請者（被保険者） 住 所 白浜町 氏 名 ⑩ 電話番号					

※ 添付書類

- (1) 自己負担分の領収書
- (2) 介護保険福祉用具購入費・住宅改修費請求書
- (3) 住宅改修箇所ごとの完成写真（日付が入ったもの）
- (4) 工事費内訳書（工事種別ごとに内容がわかるもの）

様式第7号（第6条関係）

介護保険福祉用具購入費・住宅改修費請求書

金 \_\_\_\_\_ 円也

ただし、（被保険者氏名） \_\_\_\_\_ 様の受領委任払いに係る介護保険の  
（福祉用具購入費・住宅改修費）として上記金額を請求します。

平成 年 月 日

白浜町長 様

（請求者）販売及び施工事業者 所在地  
名 称  
代表者名

⑨