

住宅改修費支給申請に必要な書類の記入例

介護保険^{居宅介護 介護予防}住宅改修費支給申請書

被 保 険 者	フリガナ	タカマツ ハナコ		保険者番号	3	7	2	0	1	1							
	氏名	高松 花子		被保険者番号	1	2	3	4	5	6						7	8
	生年月日	昭和12年 1月 2日		個人番号	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	
	負担割合	1割															
	住所	〒760-8571 高松市番町一丁目8番15号		電話番号	839-2		マイナンバーを記入してください。										
住宅の所有者	介護 一郎		本人との関係 (家主)														
改修の内容・ 箇所及び規模	①手すり ②段差解消	業者名	(有)△○工務店														
		着工予定日	令和 年 1月26日														
		完成予定日	令和 年 1月31日														
改修費用見積額	315,000円																
(宛先) 高松市長 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。 令和 年 1月12日 申請者 住所 高松市番町一丁目8番15号 電話番号 839-2326 氏名 高松 花子																	
居宅介護 (介護予防) 住宅改修費を次の支払方法により処理してください																	
支 払 方 法 依 頼 欄	<input type="checkbox"/> 償還払い (口座振替) <input checked="" type="checkbox"/> 受領委任払い (口座振替)		被保険者の口座に振り込む場合は償還払い。工事施工業者に振り込む場合は受領委任払いをお選びください。														
	口座 振替 先	銀行	○○	農協	△△	本店	種 目	口座番号									
		信用金庫		組合		支店											
		出張所	金融機関コード		店舗コード			① 普通預金 ② 当座預金	5 5 5 5 5 5 5								
			7	1	1	1	3										
フリガナ	ユ) サンカクマルコムデン																
口座名義人	(有)△○工務店 代表取締役 三角丸男																

注 次の書類を添付してください。

- (1) 住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類 (介護支援専門員等が作成したもの)
- (2) 工事費見積書及び住宅改修の内容が確認できる書類
- (3) 受領委任払いによる場合は、所定の委任状
- (4) 改修を行う住宅の所有者が支給申請に係る被保険者でない場合は、所有者の承諾書

住宅改修に係る承諾書

市役所への提出日

令和 年1月12日

(被保険者)

住所 高松市番町一丁目8番15号

氏名 高松 花子

私は、上記の者が介護保険法に基づく住宅改修を行うために、次の建物について住宅改修を行うことを承諾します。

記

(建物所有者)

○ 建物の所在地 高松市 番 町 一 丁目 8 番 15 号
番地

○ 建物の規模 木 造 2 階建 100 m²

○ 建物の所有者 住所 高松市番町一丁目8番12号

氏名 介護 一郎

被保険者と同姓の場合でも、違う印鑑を押印すること。

介
護
印

別記様式（第4条関係）

市役所への提出日

令和 年1月12日

（宛先）高松市長

申出者（委任者）住所 高松市番町一丁目8番15号

氏名 高松 花子

高松印

市役所への提出日

居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する委任状

私は、次の者に令和 年1月12日の申請に係る居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する権限を委任します。

受任者住所 高松市△△町123番地

氏名（有）○△工務店
代表取締役 三角 丸男

代表者印
○△工務店
代表者印

（法人の場合は、その名称及び代表者の氏名）

電話番号

（受領委任払い用）

委 任 状

委任者	住所 高松市番町1-8-15 氏名 高松 花子	使用印鑑 
受任者	住所 高松市番町1-8-15 氏名 高松 丸男	使用印鑑 
委任事項	介護保険 <input type="checkbox"/> 居宅介護・介護予防サービス費等 <input type="checkbox"/> 居宅介護・介護予防福祉用具購入費 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護・介護予防住宅改修費 <input type="checkbox"/> 負担限度額・特定負担限度額差額 <input type="checkbox"/> 高額介護サービス費・高額介護予防サービス費 <input type="checkbox"/> その他 ()	同姓の場合は、委任者と 違う印鑑を使用すること。
市役所への提出日	合算関係 <input type="checkbox"/> 高額医療合算介護サービス費・高額医療合算介護予防サービス費 高額介護合算療養費 上記委任事項の <input type="checkbox"/> 申請 <input checked="" type="checkbox"/> 受領 にかかる権限	
委任日	令和 年 1 月 12 日	
あて先	高 松 市 長 高 松 市 会 計 管 理 者	

※一枚の委任状で委任できる事項は、一項目です。

※現金払の場合、受任者の印鑑は領収の際に使用する印鑑を使用してください。

【入院・入所中や認定申請中の取扱い】

下記に該当する方が介護保険法に基づく住宅改修を行う場合、住宅改修費が支給されない場合があります。

(1) 入院中又は施設入所中に改修する場合

住宅改修費の支給には、退院・施設退所して(在宅に戻って)改修後の住宅に実際に生活していることが必要になります。

退院しないこととなった場合は、申請の取下げになり、支給対象とはなりません。給付対象額全額が自己負担になります。

(2) 認定申請中に改修する場合

介護保険で住宅改修を行えるのは、要介護認定を受けている方です。

認定申請中に住宅改修はできますが、工事完了届は認定結果が出てからになります。

認定結果が非該当(自立)の場合は、申請の取下げになり、支給対象とはなりません。給付対象額全額が自己負担になります。

【介護保険の住宅改修における事前承諾書】

上記の事項を了承したうえで住宅改修工事を行います。

被保険者名	高松 花子	被保険者 No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
-------	-------	-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(1) (2) どちらかあてはまる項目に ○ をして必要項目を御記入ください。

(1)	入院・入所中の場合	退院・退所予定日 (令和 年 1月 29日)
	入院・入所施設名	〇〇病院
(2)	認定申請中	申請日 (年 月 日)

完了届提出時に御 記入ください	退院・退所日	年 月 日	要介護度()
	要介護認定日	年 月 日	

※コピーを被保険者宛に送付しますので、上記欄を記入の上、完了届提出時に添付してください。
若しくは、完了届の退院・退所日、要介護認定日欄に記入してください。

玄関下駄箱への手すりの取付けに係る理由書

令和 年 1月 12日

被保険者住所 **高松市番町一丁目8番15号**
被保険者氏名 **高松 花子**

市役所への提出日

下駄箱に手すりを取り付ける理由	玄関に入ったの壁が土壁になっており、下地になり得る柱等もない為、下駄箱に手すりを取り付けることが必要である。
下駄箱の状況（固定されているものかどうか記載してください。）	据え付けにより固定されている。
手すりを下駄箱に取り付けることの安全性（手すりを下駄箱に取り付けても強度に問題がないか記載してください。）	手すりを取り付けても十分に強度があり、安全性に問題はない。

(施工業者の住所、名称)

住所 **高松市△△町123番地**
氏名 **(有) ○△工務店**