

居宅介護（支援）住宅改修費・福祉用具購入費受領委任状

被保険者番号											保険者番号	1	4	2	1	1	7
個人番号																	
ふりがな											生年						
被保険者氏名											月日	年 月 日					
住所											電話	()					
(宛先) 秦野市長 保険給付の支給について、次の事業者を代理人に定め、その受領の権限を委任します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (自署または記名・押印)																	
所在地 事業者名 委任事業者 代表者氏名 電話 ()																	
福祉用具を必要な理由（個々の用具ごとに記載してください。）																	
福祉用具名（種目名及び商品名）	製造事業者名及び販売事業者名					購入予定金額（消費税込み）											
住宅改修の内容・箇所	(住宅改修の場合は記入不要)					改修予定金額総額（消費税込み）											

*次の書類を添付してください。

住宅改修の場合：見積書、工事内訳書、改修が必要な理由書、改修前の写真等

福祉用具購入の場合：見積書、パンフレット等

住宅改修 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 工事内訳書 <input type="checkbox"/> 改修が必要な理由書 <input type="checkbox"/> 状態確認書類(写真・図面)	区分 <input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない 理由() 支給予定額 支払額 一部負担金 円(-)	認定有効期間 年 月 日 から 年 月 日	要介護度	負担割合
			要支援 1・2	割
福祉用具 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> パンフレット等			要介護 1・2・3・4・5	2号

※住宅改修を行う住宅の所有者が申請者でない場合には、住宅の所有者から次の承諾書を得る必要があります。

<h3>住宅改修に関する承諾書</h3>	
年 月 日	
次の住宅改修について承諾します。	
住 所 住宅の所有者 氏 名 <small>(自署または記名・押印)</small>	
居住者（申請者）	
住 宅 の 所 在 地	秦野市
改 修 箇 所 等	

この申請について連絡がとれる方を記載してください。

(連絡先) 住 所 氏 名	電話 ()
-------------------------	--------