

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費受領委任払い承認申請書

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 日生	性別	男 ・ 女							
住 所	〒 電話番号									
住宅の所有者の氏名	本人との関係（ ）									
改修の内容、箇所及び規模		業者名								
改修対象額	円									
<p>（あて先）大紀町長</p> <p>上記のとおり居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領委任払いを受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、当該申請に基づく保険給付の受領に関する権限を下記の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p>										
<p>居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する上記の権限を受任することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>受任者 氏名 印 電話番号</p>										
大紀町記入欄	大紀町介護保険住宅改修費受領委任払い確認								備 考	
	町民税 (課税世帯・非課税世帯)									
	介護保険料滞納 (有 無)									
	その他 ( )									