

送付先 事業者名 株式会社 介護 担当者 〇〇

F A X 番号 0564-〇〇-〇〇〇〇

被保険者番号	0001234567
施工業者	株式会社 介護
着工予定日	令和 〇年 〇月 〇日

申請日の1週間
後以降

※以下は記入しないでください。

岡崎市記入欄

被保険者自己負担額	円
-----------	---

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費受領委任払い支給申請書の事前受付をいたしましたので、御連絡いたします。

連絡事項 あり なし
次の内容を御確認ください。

保険者事前確認印

F A X 済

お問合せ先
岡崎市福祉部介護保険課給付係
TEL : 0564-23-6682
FAX : 0564-23-6520