

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費事前承認申請書【受領委任払】

申請者(被保険者)	フリガナ	イチニ ミツコ		保険者番号	282020		
	氏名	一二三子		被保険者番号	100	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	生年月日	大正 〇年〇月〇日					
	住所	〒661-0000 尼崎市塚口町〇丁目〇番地		電話(06) 0000-0000			
住宅の所有者	氏名	一二三子		本人との関係(本人)			
工事の内容・箇所及び規模	<input checked="" type="checkbox"/> (1)手すりの取付け <input type="checkbox"/> (4)引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> (2)段差の解消 <input type="checkbox"/> (5)洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> (3)滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> (6)その他(1)から(5)の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修						
施工業者	<p>尼崎市長 あて 令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>上記申請者が介護保険の住宅改修を利用するにあたり、申請者に便宜を図るとともに、制度利用を促進するため、次のとおり受領委任払により取扱うことに同意します。</p> <p>介護保険の住宅改修工事を行う申請者から、居宅介護(介護予防)住宅改修費の保険対象になる改修費用の利用者負担分の請求及び受領を行い、当該改修費用の保険給付額については尼崎市から受領します。</p> <p>〒660-0000 電話(06) 0000-0000 FAX(06) 0000-0000</p> <p>事業者所在地 尼崎市寺町〇丁目〇番〇号</p> <p>事業者名称 株式会社 〇〇〇〇〇</p> <p>代表者氏名 寺 〇 太郎</p>						
<p>※居宅介護サービス計画作成契約をしていない場合、下記を空欄にしてください。</p> <p>またその場合、別途資格者証の写し(福祉住環境コーディネーター・介護支援専門員)を添付してください。</p>							
※居宅介護支援等事業者名	居宅介護支援事業所	□□□□□	電話	06-0000-0000	※介護支援専門員等名	住宅 〇子	
着工予定日	令和 〇年 〇月 〇日	介護保険対象工事予定費用額	00,000 円				
<p>尼崎市長 あて 令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>上記のとおり受領委任払にて住宅改修を行いたいので、承認申請します。</p> <p>申請者住所 尼崎市塚口町〇丁目〇番地の〇</p> <p>(被保険者)氏名 一二三子</p>							
住宅改造併用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無						

介護保険者証と相違ないか必ず確認して下さい!

※同居親族、本人所有以外は承諾書必ず添付!

必ず内訳書の金額

(注意事項)

- 日付等、すべて漏れのないよう記入してください。
- 提出前に、添付書類に漏れがないかよく確認してください。
- 施工事業者は、被保険者証の給付制限欄(支払方法変更・給付額減額)を見て申請者の自己負担額を確認してください。

受付印

【尼崎市記入欄】

確認事項	保険料滞納: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 給付率: /100	認定結果		理由書1	理由書2	計画図	写真	内訳書
	給付制限: <input type="checkbox"/> 償還払化 <input type="checkbox"/> 一時差止 <input type="checkbox"/> 給付額減額限度額	支給対象額	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護2	承諾書	資格証			
	円	円						
上記申請について、下記のとおり決定し、通知します。				課長	係長	係	受付者	
令和 年 月 日								
□承認 □不承認 (理由)								

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書【受領委任払】

受付番号

申請者(被保険者)	フリガナ	イチニ ミツコ	保険者番号	2 8 2 0 2 0	
	氏名	一二 三子	被保険者番号	1 0 0 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
	生年月日	大正 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
	住所	〒 661 - 0000 電話 (06) 0000 - 0000 尼崎市 塚口町○丁目○番地の○			

工事の内容・箇所及び規模

<input checked="" type="checkbox"/> (1)手すりの取付け	<input type="checkbox"/> (4)引き戸等への扉の取替え
<input type="checkbox"/> (2)段差の解消	<input type="checkbox"/> (5)洋式便器等への便器の取替え
<input type="checkbox"/> (3)滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更	<input type="checkbox"/> (6)その他(1)から(5)の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

尼崎市長 あて
住宅改修工事が完了したことを確認しましたので、関係書類を添付して居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給申請をします。また、当該支給金の受領について下欄の事業者委任します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者(被保険者) 住所 尼崎市塚口町○丁目○番地の○
(委任者) 氏名(自署) 一二 三子

※自署が困難な場合は、記名押印してください。

自署しないときは、押印してください。

着工日・領収日の日付より前は不可!

利用者負担分の請求及び受領を行い、当該改修費用の保険給付額については尼崎市から受領します。上記申請者の居住する住宅の改修工事が完了しましたので報告します。また、住宅改修に要した費用が確定しましたので併せて報告します。

〒 660 - 0000 電話 (06) 0000 - 0000

事業者所在地 尼崎市寺町○丁目○番○号

事業者名称(受任者) 株式会社 ○○○○○

代表者氏名 寺 ○ 太郎

工事着工日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	工事完了日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
担当者名	寺 ○ 太郎	改修費用(工事内訳書の合計を記入)	00,000 円

居宅介護(介護予防)住宅改修費を次の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	金融機関	支店	預金種別	口座番号	0000001
		× × ×	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	フリガナ	力) ○○○○○
	○○○ 銀行	○○ 支店	<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座名義人	株式会社 ○○○○○

↑ 選んでください。 ↑ もれないように

事前提出の内訳に変更がなければ内訳書の合計金額記入

【尼崎市記入欄】

支給限度額	円	給付率	/100
上記申請について、下記のとおり支給します。 令和 年 月 日			
□支給決定額	円		

【必要書類】

領収書原本(確認後返却)
 領収書写し
 工事後の写真(日付入)

課長	係長	係

申請書確認	受付印	受付者
入力確認		