

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 被 請 保 險 者 者	フリガナ	保険者番号			2 8 2 0 2 0			
	氏 名	被保険者番号			1 0 0			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	住 所	〒 - 電話 ( ) -						
住宅の所有者		氏 名 本人との関係 ( )						
工事の内容・ 箇所及び規模		<input type="checkbox"/> (1)手すりの取付け <input type="checkbox"/> (2)段差の解消 <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 <span style="margin-left: 200px;"> <input type="checkbox"/> (4)引き戸等への扉の取替え  <input type="checkbox"/> (5)洋式便器等への便器の取替え  <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         </span>						
施 工 事 業 者	同 意 書							
	尼崎市長 あて _____ 年 月 日 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。 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。							
	〒 - 電 話 ( ) - FAX ( ) -							
	事業者所在地 事業者名称 代表者氏名							
※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。 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。								
※居宅介護支援等事業者名		電話			※介護支援専門員等名			
着工予定日	年 月 日	介護保険対象工事予定費用額			円			
尼崎市長 あて _____ 年 月 日 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。								
申請者住所 (被保険者)氏名								
住宅改造併用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

(注意事項)

1. 日付等、すべて漏れのないよう記入してください。
2. 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。
3. 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		<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 <input type="checkbox"/> 要介護5		承諾書	資格証				
	限度額 円 支給対象額 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
年 月 日										
<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 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】

申請者(被保険者)	フリガナ			保険者番号	2 8 2 0 2 0	
	氏名			被保険者番号	1 0 0	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日			
	住所	〒 - 電話 ( ) -		尼崎市		
工事の内容・箇所及び規模	<input type="checkbox"/> (1)手すりの取付け <input type="checkbox"/> (2)段差の解消 <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"/> (4)引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> (5)洋式便器等への便器の取替え <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に委任します。  
 年 月 日

申請者(被保険者) 住所 \_\_\_\_\_  
 (委任者) 氏名(自署) \_\_\_\_\_  
 ※自署が困難な場合は、記名押印してください。

施工事業者	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。 〒 - 電話 ( ) -			
	事業者所在地 _____			
	事業者名称(受任者) _____			
	代表者氏名 _____			
	工事着工日	年 月 日	工事完了日	年 月 日
	担当者名	改修費用(工事内訳書の合計を記入)		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
	銀行		<input type="checkbox"/> 普通	フリガナ
	信用金庫	本店	<input type="checkbox"/> 当座	口座名義人
	農協	支店	<input type="checkbox"/> 貯蓄	
	信用金庫	出張所		

【尼崎市記入欄】

支給限度額	円	給付率	/100	申請書確認	受付印	受付者
上記申請について、下記のとおり支給します。 年 月 日				入力確認		
□支給決定額 _____ 円						
【必要書類】			課長	係長	係	
<input type="checkbox"/> 領収書原本(確認後返却) <input type="checkbox"/> 領収書写し <input type="checkbox"/> 工事後の写真(日付入)						