（様式第６－１）

居宅介護（予防）**住宅改修費受領委任払**

**支給申請書**（兼委任状）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 402024 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 大牟田市 |
| 退院・退所日 | 令和　　　年　　　月　　　日　　※申請時に入院・入所中であった場合 |
| 改修の内容・箇所及び規模（✔を入れる） | □　手すりの取付け（　　　　ヶ所）□　段差の解消　　（　　　　ヶ所）□　床又は通路面の材料の変更□　引き戸等への扉の取替え□　洋式便器等への便器の取替え□　その他　　（　　　　　　　　） | 施工業者名 |  |
| 着工日 | 令和　　 年　 月　　 日 |
| 完成日（領収日） | 令和　　年　　月　　 日 |
| 負担割合 | 　　　　　　　　　　割 |
| 改修費用 | 円 | 内訳 | 保険請求額 | 円 |
| 利用者負担 | 円 |
| 大 牟 田 市 長 　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日上のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）住宅改修費の支給を申請します。申 請 者（受領委任事業者）事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（契約書番号：　　　　　）　　　　〒　　　　　－　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

添付書類　①住宅改修サービス提供証明書（受領委任払用）

　　　　　　②介護保険住宅改修完了報告書　③介護保険住宅改修完了報告書（日付入り写真）

|  |
| --- |
| **委　任　状**大 牟 田 市 長 　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　居宅介護（予防）住宅改修費の支給申請及び受領について、上の申請者（受領委任事業者）へ委任します。　　　　　　　　　（決定通知書受付番号　　　　　　）被 保 険 者　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者　　　　　　　　　　（続柄　　　　）※自筆で署名してください　代筆される場合は代筆者の氏名と続柄も記入して下さい |

○大牟田市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 改修費用 | 対象費用 | 支給算定額 | 支・介 | 　割 | 決裁 | 担当 | 主査 |
| 円 | 円 | 円 |  |  |  |

（様式７－１）

住宅改修サービス提供証明書（受領委任払い用）

令和　　　年　　月日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称住所（契約番号） |  契約書番号　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 改修費用（総費用） |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 介護保険対象額 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 保険請求額 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 利用者負担額 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

※保険請求額は、１円未満切り捨て

|  |
| --- |
| 生活保護受給　□ |
| **領収書を貼ってください**①コピー可（明瞭であること）裏面に貼っても構いません②宛名はフルネームで記入して下さい③領収書の金額は上記の利用者負担額と一致します（保険対象とならない費用も含みます） |

（様式８）

**介護保険住宅改修完了報告書**

大牟田市長　様

工事完成日（領収日）　　令和　　　　年　　　月　　　日

添付写真のとおり、工事が完了したので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施工業者 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
|  |  |
| 施工後写真の枚数 | 頁 | 枚 |
|  |  |
| 住宅改修が必要な理由書作成者確認欄 | 事業所名 |
| 作成者氏名　　　　　　　※作成者氏名は自筆で署名してください |
| 署名日令和　　　年　　　月　　　日 |

（様式９－１）

|  |  |
| --- | --- |
| **介護保険住宅改修完了報告書（写真）** | ページ |
| ／ |

|  |  |
| --- | --- |
| 改　修　後　の　写　真 | ①添付する写真には、日付を写し込んでください（筆記具による書き込みは不可）　　　②設置した物の全体が分かるように写してください　　　　（できるだけ承認申請時と同じ角度で写すこと）　　　③踏み台の写真は固定場所も分かるように写してください　　　　（必要時、固定場所のみの写真を添付すること）　　　④ブラケットの数が分かるように写してください　　　⑤写真は明瞭なものとしてください　　　⑥追加で写真の提出をお願いすることがあります |
| 施工場所 | 事前申請からの変更点 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 改　修　後　の　写　真 | ①添付する写真には、日付を写し込んでください（筆記具による書き込みは不可）　　　②設置した物の全体が分かるように写してください　　　　（できるだけ承認申請時と同じ角度で写すこと）　　　③踏み台の写真は固定場所も分かるように写してください　　　　（必要時、固定場所のみの写真を添付すること）　　　④ブラケットの数が分かるように写してください　　　⑤写真は明瞭なものとしてください⑥追加で写真の提出をお願いすることがあります |
| 施工場所 | 事前申請からの変更点 |
|  |  |