

様式第1号（第3条関係）

小川町介護保険住宅改修費受領に関する委任状及び同意書

年 月 日

小川町長

あて

委任者 氏名（被保険者） \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

対象物件所在地 \_\_\_\_\_

対象物件に関する住宅改修費の受領について下記の者に委任します。当該支給について不支給の決定を受けたときは、すみやかに事業者に代金の不足分を支払います。

記

年 月 日

小川町長

あて

受任者 事業者名 \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_ 印

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

対象物件に関する住宅改修費の受領について同意します。

なお、小川町介護保険住宅改修費受領委任払い制度に基づき、私が受ける住宅改修費については、下記の口座に振り込んでください。

当該支給について不支給の決定があったときは、代金の不足分を被保険者から受領します。

介護保険法等関係法令を遵守し、違反事項があった場合はすみやかに受領額の返還に応じます。

受領額振込先 債権者コード \_\_\_\_\_

※債権者コードを記入した場合、下記の記入は不要です。

金融機関名 \_\_\_\_\_

店 舗 名 \_\_\_\_\_

預 金 種 目 \_\_\_\_\_ 普通・当座

口 座 番 号 \_\_\_\_\_

フリガナ  
口 座 名 義 \_\_\_\_\_

様式第2号（第4条関係）

小川町介護保険住宅改修費事前承認申請書（受領委任払い用）

|  |              |        |           |  |  |  |  |   |
|--|--------------|--------|-----------|--|--|--|--|---|
| 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   | 明・大・昭 年 月 日生 | 性別     | 男・女       |  |  |  |  |   |
| 住所   | 〒<br>小川町     |        | 電話番号      |  |  |  |  |   |
| 住宅の所有者   | 所有者氏名        |        | 本人との関係（ ） |  |  |  |  |   |
| 改修の内容・<br>箇所及び規模   | 施工業者名        |        |           |  |  |  |  |   |
|  | 着工予定日        |        | 年 月 日     |  |  |  |  |   |
|  | 完成予定日        |        | 年 月 日     |  |  |  |  |   |
| 改修見積費用   |              |        |           |  |  |  |  | 円 |
| <p>小川町長 あて<br/>上記のとおりの内容で、受領委任払いにて住宅改修を行いたいので承認をお願いします。<br/>なお、承認後、事前承認申請の内容に変更が生じた場合は、速やかに届出ます。<br/>年 月 日<br/>住所<br/>申請者<br/>(被保険者) 氏名 ㊟ 電話番号</p> |              |        |           |  |  |  |  |   |

備考1 この事前承認申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 委任状及び同意書
- (2) 介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書(住宅改修理由書)
- (3) 住宅改修の完成予定の状態がわかるもの(改修箇所ごとに、改修前の日付入り写真に完成予定の状態を記入したもの)
- (4) 工事費見積書(被保険者名義)
- (5) 住宅所有者の住宅改修承諾書(住宅の所有者が当該被保険者でない場合)

備考2 住宅改修が完了後は、介護保険住宅改修費支給申請書(受領委任払い用)に、次の書類等を添付して提出してください。

- (1) 請求書(様式第6号)
- (2) 領収書(介護保険適用額の中の自己負担額を明記のこと)(被保険者名義)
- (3) 工事費内訳書
- (4) 住宅改修の完了後の状態を確認できる書類等(改修箇所ごとに改修前の写真と同じ構成で撮影した改修後の写真とし、日付入りのもの)
- (5) その他必要な書類(受付票、確認通知等)

※町確認欄(事前申請者は記入しないでください。)

| 提出書類等  | 書類の確認   | 受付票の交付日  |
|--|---|----------|
| (1)委任状及び同意書  | <input type="checkbox"/> 提出<br><input type="checkbox"/> 未提出 | 年<br>月 日 |
| (2)介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書(住宅改修理由書)                     | <input type="checkbox"/> 提出<br><input type="checkbox"/> 未提出 |          |
| (3)住宅改修の完成予定の状態がわかるもの(改修箇所ごとに、改修前の日付入り写真に完成予定の状態を記入したもの) | <input type="checkbox"/> 提出<br><input type="checkbox"/> 未提出 |          |
| (4)工事費見積書(被保険者名義)  | <input type="checkbox"/> 提出<br><input type="checkbox"/> 未提出 |          |
| (5)住宅所有者の住宅改修承諾書(住宅の所有者が当該被保険者でない場合)                     | <input type="checkbox"/> 提出<br><input type="checkbox"/> 未提出 |          |

様式第5号（第7条関係）

小川町介護保険住宅改修費支給申請書（受領委任払い用）

|   |              |        |           |  |  |  |  |   |
|---|--------------|--------|-----------|--|--|--|--|---|
| 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  | 明・大・昭 年 月 日生 | 性別     | 男 ・ 女     |  |  |  |  |   |
| 住 所   | 〒<br>小川町     |        | 電話番号      |  |  |  |  |   |
| 住宅の所有者  | 所有者氏名        |        | 本人との関係（ ） |  |  |  |  |   |
| 改修の内容・<br>箇所及び規模  | 施工業者名        |        |           |  |  |  |  |   |
|   | 着工日          |        | 年 月 日     |  |  |  |  |   |
|   | 完成日          |        | 年 月 日     |  |  |  |  |   |
| 改修見積費用  |              |        |           |  |  |  |  | 円 |
| <p>小川町長 あて</p> <p>上記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受領委任払いにて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>申請者 事業者名</p> <p>(事業者) 代表者名 <span style="float:right">Ⓜ 電話番号</span></p> |              |        |           |  |  |  |  |   |

備考 住宅改修が完了後は、この申請書に、次の書類等を添付してください。

- (1) 請求書（様式第6号）
- (2) 住宅改修に係る領収書（被保険者名義）（介護保険適用額の中の自己負担額を明記のこと）
- (3) 工事費内訳書
- (4) 住宅改修の完了後の状態を確認できる書類等（改修箇所ごとに改修前の写真と同じ構成で撮影した改修後の写真とし、日付入りのもの）
- (5) その他必要な書類（受付票、確認通知等）

様式第6号（第7条関係）

請 求 書

小川町介護保険住宅改修費（受領委任払い）として、下記のとおり請求いたします。

年 月 日

小川町長 あて

請求者 住 所

事業者名称

代表者氏名



|        |               |               |   |
|--------|---------------|---------------|---|
| 請求金額   | 円             |               |   |
| 被保険者氏名 |               | 被保険者番号        |   |
| 改 修 額  | 自己負担額<br>( 割) | 保険給付額<br>( 割) |   |
| 円      | 円             | 円             | 円 |

※利用限度額は、20万円までです。