

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、すみやかに事業者へ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 _____

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 | | | | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | |
| 生年月日 | | 要介護度等 | | | | | | | |
| 認定有効期間 | ～ | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係（ ） | | | | | | | | |
| 改修の内容・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. 付帯工事 | | 業者名 | | | | | | |
| | | | 業者連絡先 | | | | | | |
| | | | 着工予定日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | 完成予定日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 改修予定費用 | 円 | | | | | | | | |
| 小川町長 あて 前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 〒 申請者 所在地 事業所番号 (受領委任事業所) 事業所名 電話番号 代表者氏名 | | | | | | | | | |
| 上の事業所に居宅介護（予防）住宅改修費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名 | | | | | | | | | |

- 備考 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) 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（様式第1号）
 - (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
 - (3) 工事費見積書（被保険者名義）
 - (4) 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）
 - (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）

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 | | | | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | |
| 生年月日 | | 要介護度等 | | | | | | | |
| 認定有効期間 | ～ | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係（ ） | | | | | | | | |
| 住宅改修先住所 | 〒 | | | | | | | | |
| 改修の内容・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. 付帯工事 | | 業者名 | | | | | | |
| | | | 業者連絡先 | | | | | | |
| | | | 着工日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | 完成日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 改修費用 | 円 | | | | | | | | |
| 改修予定費用から改修費用で変更があった場合の理由 | | | | | | | | | |
| 事前承認番号 | | | | | | | | | |
| 小川町長 あて 前のお通り、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 〒 申請者 所在地 事業所番号 （受領委任事業所） 事業所名 電話番号 代表者氏名 | | | | | | | | | |
| 上の事業所に居宅介護（予防）住宅改修費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名 | | | | | | | | | |

備考 改修工事終了後は、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) 住宅改修に要した領収書（被保険者名義）（介護保険適用額のうち自己負担額を明記のこと）
- (3) 工事費内訳書
- (4) 住宅改修の完成後の状態を確認できる書類（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

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 (割) | 保険給付額 (割) | |
| 円 | 円 | 円 | |

※利用限度額は、20万円までです。