**様式第２号の１**

**介護保険居宅介護（予防）住宅改修費受領委任払承認申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **保険者番号** | **２８３８１２** |
| **被保険者氏名****被保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **明・大・昭 年 月 日生** | **１号・２号** | **性別** | **男 ・ 女** |
| **住 所** |  | **電話 （ ）** |
| **改修内容** | **改修地住所** |  |
| **改修種別** | **1手すりの取付け****2段差解消****3滑りの防止等****4扉の取替え等****5洋式便器への取替え****6その他** | **改修業者名** |  **電話 　　（ ）** |
| **着工予定日** | **年 月 日** |
|  |  **（ ）** | **完成予定日** | **年 月 日** |
| **改修の内容****（個所・規模）** | **別紙見積書のとおり** |  |
|  |
| **住宅改修対****象予定費用** |  **円（税込・税別）** | **※支給対象となる工事費が20万円を****超える場合は20万円と記載** |
| **該当に○印** | **要支援１** | **要支援２** | **要介護１** | **要介護２** | **要介護３** | **要介護４** | **要介護５** |
| **（負担割合）　　　１割　　　２割　　　３割** |
| **稲美町長様** **上記のとおり受領委任払いにより居宅介護（予防）住宅改修を行いたいので承認願います。** **年 月 日** **被保険者住所 稲美町**  **被保険者氏名 電話 （ ）** |
| **[添付書類]****①住宅改修が必要な理由書****②工事費内訳書（任意様式可）****③工事前の状態を確認できる図及び撮影日の入った写真****④工事後の完成予定図****⑤住宅の所有者の承諾書（被保険者と住宅の所有者が異なる場合）****⑥受領委任払いに関する同意書****【稲美町記載欄】** |
| **給付制限の有無** |  **有　・　無** | **同意書の提出** | **有　・　無** |
| **今回の住宅改修対象経費① 円** |
| **支給限度基準額② ‘’’ 200,000円** |
| **支給基準額③（①と②を比較して低い方） 円** |
| **支給予定額④（③の100分の 90 ・ 80 ・　70 ） 円** |
| **以前に支給した住宅改修費⑤ 円** |
| **支給予定額⑥（但し、④＋⑤が18万を超える場合は18万－⑤とする）　 円** |
| **承認決定年月日** |  **年 月 日** | **処理者** |  |

工事前の状態を確認できる書類等

改修前

 　　　　　撮影日 　　 年 月 日

|  |
| --- |
|   |
| （備考） |

改修前

 　　　　　撮影日 　　 年 月 日

|  |
| --- |
|  |
| （備考） |

**住宅の所有者の承諾書**

|  |
| --- |
| （乙）は（甲）が別紙「介護保険居宅介護（予防） 住宅改修費受領委任払承認申請書」の住宅改修を 行うことを承諾いたします。 　　 年 月 日 （甲） 被保険者氏名　　  （乙） 所有者氏名　　　 （※）※法人の場合は、記名押印してください。　法人以外でも、本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。 |

**区分建物の住宅改修にかかる区分所有者の承諾書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （乙）は（甲）が別紙「介護保険居宅介護（予防） 住宅改修費支給事前申請書兼確認書」の住宅改修 を行うことを承諾いたします。 　　 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （甲） | 被保険者氏名 | 　　　　　　　　 |  |
| （乙） | 区分所有者氏名 | 　　　　　　（※） |  |
|  | 区分所有者氏名 | 　　　　　　（※） |  |
|  | 区分所有者氏名 | 　　　　　　（※） |  |
|  | 区分所有者氏名 | 　　　　　　（※） |  |
|  | 区分所有者氏名 | 　　　　　　（※） |  |
|  | 区分所有者氏名 | 　　　　　　（※） |  |
|  | 区分所有者氏名 | 　　　　　　（※） |  |

※法人の場合は、記名押印してください。　法人以外でも、本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。 |

**様式第１号の１**

**受領委任払いに関する同意書**

|  |
| --- |
| **同 意 書**稲美町長 様 (甲）は（乙）が介護保険居宅介護（予防）（住宅改修・福祉用具購入）を利用するにあたり下記のとおり受領委任払いにより取り扱うことに同意します。記介護保険の（住宅改修・福祉用具購入）を行う被保険者から、居宅介護（予防）（住宅改修費・福祉用具購入費）の保険対象になる改修又は購入費用に、介護保険負担割合証に示された割合を乗じた額の請求及び受領を行い、当該費用の保険給付額については稲美町から受領します。 　　 年 月 日 （甲） 事業者所在地 事業者名称　 代表者氏名 （※） 電話番号  （乙） 被保険者氏名 　　　　　　 ※法人の場合は、記名押印してください。　法人以外でも、本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。 |