**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。 |