様式第５号（第７条関係）

介護保険住宅改修費等受領委任払い事前承認申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | 保険者番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | ０ | | ４ | | ２ | | １ | ６ | | ８ |
| 被保険者氏名 | | |  | | | 被保険者番号 | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 個人番号 | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護区分等  認定期間 | | | □要支援（　１　・　２　）□要介護（　１　・　２　・　３　・　４　・　５　）  （　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□特定福祉用具購入費** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 福祉用具名  （種目及び商品名） | | | | | | 事業者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 購入予定日 | | | | | | | | | | |
| 製造業者及び販売事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 購入予定金額 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| **□住宅改修費** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 住宅の所有者 | | | 被保険者との関係（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修の内容・  箇所及び規模 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 着工予定日 | | | 年　　　月　　　日 | | | 改修予定費用 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 富谷市長　　　　　　　　　あて  　上記のとおり，関係書類を添えて住宅改修費等受領委任払い事前承認を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　住　所  　　申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　（被保険者）　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者  （受取人） | | | 登録番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 担当者名 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 事業者名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 代表者名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**介護保険住宅改修費等支給申請内訳**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ａ | 住宅改修費等の総額 | | 円 |  |
| Ｂ | 保険対象額  （※上限額住宅改修２０万円、特定福祉用具販売１０万円） | | 円 |  |
| Ｃ | Ｂのうち保険給付額 | ９割分  ・  ８割分  ・  ７割分 | 円 | Ｂ×０．９（１円未満切り捨て）  Ｂ×０．８（１円未満切り捨て）  Ｂ×０．７（１円未満切り捨て） |
| Ｄ | Ｂのうち自己負担額 | | 円 | Ｂ－Ｃ |
| Ｅ | 保険対象外費用額 | | 円 |  |
| Ｆ | 被保険者支払額  （※領収書の金額と一致していること） | | 円 | Ｄ＋Ｅ |

富谷市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
|  | 【共通提出】　　　　　　　　　　　　　【住宅改修の場合提出】  □　住宅改修等事前相談票　　　　　　　□　住宅改修が必要な理由書  □　住宅改修等の見積書　　　　　　　　□　住宅改修の内訳書  □　ケアプラン（第１～３表）　　　　　□　住宅改修施工前の写真（日付の入ったもの）  【福祉用具購入の場合提出】　　　　　　□　承諾書（所有者が被保険者でない場合）  □カタログの写し　　　　　　　　　　　□　住宅改修箇所平面図 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 課長 | 所長 | 課長補佐 | 副所長 | 担当 | 受付 | 収受印 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 備考 |  | | | | | |