様式第2号(第4条関係)

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費受領委任払い承認申請兼同意書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | 保険者番号 | | | | | 4 | | 7 | | | 2 | | | 0 | | 9 | | 2 |  | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | 被保険者番号 | | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  | 0 | 0 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | | | | 性別 | | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 電話番号 | | | | | －　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修内容・  箇所及び規模 | 別紙内訳書及び平面図等に記載 | | | | | | 登録業者 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 着工予定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完成予定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修予定額 | 円 | | | | | | 介護度 | | | | | 要支援 | | | | | | 要介護 | | | | | | | | | | |
| １・２ | | | | | | 経過的・１・２・３・４・５ | | | | | | | | | | |
| 名護市長　様  　　　　上記のとおり、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費受領委任払いの承認を得たいので、関係書類を添えて申請します。なお、私に給付される介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費については、次の者にその受領に係る権限を委任します。  　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者（申請者）受領権を委任する者 | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号　　　　　　　　　　　－　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領委任払い同意書  年　　月　　日  　　名護市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 受領権を委任される者 | | 登録事業者番号 |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | | | | |
| 登録事業者住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録事業者名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者名 | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　－ | | | | | | | | | | | 担当者 | | | | |  | | | | | | | |
| 上記の被保険者が介護保険の住宅改修を利用するにあたり、受領委任払いにより取扱うことに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |