

福祉用具購入費  
及び  
住宅改修費  
における  
受領委任払の手引き

柏市 高齢者支援課

(2024. 1)

## 目 次

1	事業者登録について・・・・・・・・・・・・・・・・	P 1
2	受領委任払の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・	P 4
3	支給申請について・・・・・・・・・・・・・・・・	P 6
4	結果の通知について・・・・・・・・・・・・・・・・	P 10
5	支給金額について・・・・・・・・・・・・・・・・	P 10
6	支給について・・・・・・・・・・・・・・・・	P 10
7	よくある質問・・・・・・・・・・・・・・・・	P 10
8	様式・記入例・・・・・・・・・・・・・・・・	P 13

△ 各種手続きは、窓口に加え、郵送でも受け付けを行います。

また、受領委任事業者登録関係の手続きについては、電子申請を行うことも可能です。

窓口混雑緩和のため、郵送等による手続きに御協力ください。

- ・ 窓口でお手続きをされる場合は、その場で書類の内容確認を行いますので、17時までにお越してください。
- ・ 郵送でお手続きをされる場合は、受領を証する書類や領収書原本、不備書類等の返送を行いますので、返信用切手を貼付した角2封筒を忘れずに同封してください。
- ・ 不備の無いよう、手続き前に書類の記載内容等の確認を十分行ってください。

# 1 事業者登録について

## 登録を行える事業者

柏市が行う柏市福祉用具購入費・住宅改修費に係る受領委任払登録事業者講習（以下、「講習」という。）を受講した事業者に限ります。なお、複数の事業所の登録を希望される場合は、事業所ごとの講習の受講が必要です。

※新規の事業者登録については、直近に開催した講習を受講していただいた上で、新規申請を随時受け付けることとします。

## 登録申請について

以下の書類を、登録申請時に提出してください。

- ・受領委任払取扱事業者登録申請書（以下、「登録申請書」という。）
- ・受領委任払登録に関する誓約書（以下、「誓約書」という。）

※登録申請書記載時には、以下の点に注意してください。

- ・名称は、正式なものを記載してください。なお、株式会社を（株）、有限会社を（有）と省略しても結構です。
- ・従業者数は、登録申請書記載日時点の人数を記載してください。
- ・有資格者数は、わかる範囲で結構です。

## 申請結果の通知

申請結果については、「受領委任払取扱事業者登録可否決定（更新）通知書」（以下、「登録通知」という。）にて通知します。

**⚠ 登録通知は更新及び記載事項変更の際に必要なので、大切に保管してください。**  
**紛失した場合は、再度、登録申請書を提出していただきます。**

## 登録の有効期限

### ○新規

登録申請を市が収受した日が属する月の翌月の一日が有効期限開始日です。なお、有効期間は登録した年度の年度末までとなります。

（例）令和5年12月11日に「登録申請書」及び「誓約書」を市が収受

→有効期限開始：令和6年1月 1日

→有効期限満了：令和6年3月31日

### ○更新（講習を受講）

更新登録の有効期限は、翌年度4月1日から開始し、2年間です。

（例）→有効期限開始：令和6年4月 1日

→有効期限満了：令和8年3月31日

## 登録の更新

- 登録を更新するには、有効期限が満了になる年度に実施する講習の受講が必要です。更新対象となる事業者には、講習受講勧奨通知をお送りします。
- 更新を希望する事業者は、通知に従って講習を受講した上で必要書類を提出してください。
- 市が受講確認後、有効期限が更新された登録通知をお送りします。
- 講習を受講しなかった、または必要書類の提出がなかった事業者には、有効期限満了日前に「受領委任払取扱事業者登録終了のお知らせ」をお送りします。

△登録が終了した事業者が、有効期限満了日の翌日以降に福祉用具の支給申請及び住宅改修の事後申請をした場合には、受領委任払を行うことはできません。必ず登録の有効期間中に申請してください。

## 登録内容の変更

登録した内容に変更があった場合は、速やかに「受領委任払取扱事業者登録事項変更届出書（以下、「変更届出書」という）を提出してください。

## 事業の休廃止・再開

当該事業を休止・廃止する場合又は休止していた事業を再開する場合には、「受領委任払取扱事業者登録事業廃止（休止・再開）届出書」を提出してください。

## 事業者の責務

事業者は、関係法令を遵守するとともに、利用者が可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、その心身及び住宅の状況等を踏まえた適切な住宅改修・福祉用具の選定を行えるよう努めてください。また、業務上、知り得た利用者及びその家族の個人情報等を漏らしてはなりません。その職を退いた後も同様です。

## 登録の取り消し

事業者が、次の項目のいずれかに該当する行為を行ったときは、登録を取り消すことがあります。

- 登録事業者が不正の手段により事業者登録を受けたとき。
- 登録事業者が行う購入及び改修費の請求に関し不正があったとき。
- 市長が必要と認めた際に、報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を拒否又は虚偽の報告を行ったとき。

- 登録事業者の責めに帰すべき事由により居宅要介護被保険者等の生命，身体又は財産に被害が生じたとき。
- 登録事業者が，居宅要介護被保険者等から住宅改修費の受領の委任を受けることを求められたにもかかわらず，正当な理由がなく拒否したとき。
- 業務上知り得た被保険者及びその家族の個人情報等を漏らしたとき。
- 登録事業者の役員が暴力団員と判明したとき若しくは暴力団員が経営に実質的に関与していると判明したとき。
- 登録事業者の役員が自己，自社又は第三者の不正の利益を図る目的若しくは第三者に損害を加える目的をもって，暴力団又は暴力団員を利用していると判明したとき。
- 登録事業者の役員が，暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し，又は便宜を供与するなど，暴力団の維持，運営に協力し，若しくは関与していると判明したとき。
- 登録事業者の役員が暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していると判明したとき。
- その他市長が必要と認めたとき。

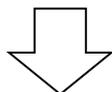
#### **事業者間の連絡調整**

事業者は，福祉用具購入及び住宅改修に際し，指定居宅介護支援事業者等と当該サービスの利用調整をはじめとする必要な連絡調整をするように努めてください。

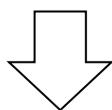
## 2 受領委任払の流れ

### ①福祉用具購入費

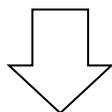
被保険者が、事前にケアマネジャーに、福祉用具購入の必要性や保険給付の可否について相談する。



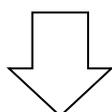
被保険者が、受領委任払の登録を行っている事業者を選定し、必要な用具の購入手続きをする。



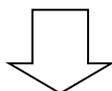
事業者が、福祉用具サービス計画を作成し、計画に基づき福祉用具を納品する。その際、不具合等がないか確認すること。



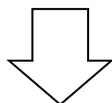
被保険者が費用の自己負担分を支払ったら、事業者は被保険者宛の領収書を発行する。その際、負担割合について、必ず被保険者証及び負担割合証により確認すること。



被保険者、ケアマネジャー及び事業者が、申請書の所定の箇所に記入・署名し、必要書類を添付して、柏市に支給申請を行う。



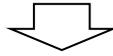
柏市が審査を行い、給付の可否を決定する。



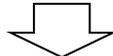
柏市から事業者に対して、自己負担分を除く残りの費用を給付する。

## ②住宅改修費

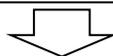
被保険者が、事前にケアマネジャーに、住宅改修の必要性や保険給付の可否について相談する。



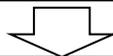
ケアマネジャーが「理由書」を作成する。



被保険者が、受領委任払の登録を行っている事業者を選定する。



事業者が、被保険者及びケアマネジャーと打ち合わせの上、見積書、工事前の写真及び図面を作成する。



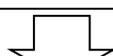
被保険者、ケアマネジャー及び事業者が、事前協議書の所定の箇所に記入・署名後、必要書類を添付して、必ず着工前に柏市と事前協議を行う。その際、介護認定の有無、負担割合、保険対象額の残額について必ず確認すること。



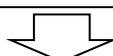
着工が認められたら、事業者が住宅改修工事を施工する。その際、工事前後の写真の確認や不具合の調整を行うこと。



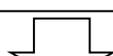
被保険者が費用の自己負担分を支払ったら、事業者は被保険者本人宛の領収書を発行する。この時点で、再度自己負担分割合について、必ず被保険者証及び負担割合証により確認すること。



被保険者、ケアマネジャー及び事業者が、申請書の所定の箇所に必要事項を記載し、必要書類を添付して、柏市に支給申請を行う。



柏市が審査を行い、給付の可否を決定する。



柏市から事業者に対して、自己負担分を除く残りの費用を給付する。

### 3 支給申請について

#### 福祉用具購入費

##### 申請に必要なもの

○介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書・受領委任払用（以下、「支給申請書」という。）

- ・被保険者は、登録事業者に委任する欄，受取人情報欄，居宅介護（介護予防）事業者確認欄のそれぞれに署名をしてください。
- ・特定福祉用具販売指定業者登録番号及び受取人情報欄の登録番号は、必ず記入してください。
- ・4月から翌年3月までが1年度です。（以下、「年度」という。）価格が利用限度額（年度につき10万円を上限とし，同一年度内に購入済の費用を減じた額。）を超える可能性がある場合は，事前にケアマネジャーに確認を依頼してください。
- ・「福祉用具が必要な理由」欄には，被保険者の身体状況についても必ず記入してください。

##### ○領収書

- ・被保険者（本人）宛のものをフルネームで作成してください。
- ・領収額は，自己負担額となります。価格が利用限度額を超える場合は，価格から利用限度額を減じた数値と利用限度額に自己負担割合を乗じて得た額（1円未満切り上げ）の合計額となります。

（例①）

今年度，福祉用具を初めて購入する人が，12万円のポータブルトイレを購入した。（1割負担の方）

$$120,000 - 100,000 = 20,000 \text{（保険給付対象外） A}$$

$$100,000 \times 0.1 = 10,000 \text{（保険給付対象自己負担額） B}$$

$$\Rightarrow A + B = 30,000 \text{ 円が領収額となります。}$$

（例②）

今年度，他に福祉用具を購入し，残額が25,492円の人が，4万円のポータブルトイレを購入した。（1割負担の方）

$$40,000 - 25,492 = 14,508 \text{（保険給付対象外） A}$$

$$25,492 \times 0.1 = 2,550 \text{（小数点以下切り上げ）}$$

$$\text{（保険給付対象自己負担額） B}$$

$$\Rightarrow A + B = 14,508 + 2,550 = 17,058 \text{ 円が領収額となります。}$$

- 複数の福祉用具を販売する場合は、端数処理の関係上、1品ごとに領収額を算出してください。
- 提出前に、販売日等の記載漏れや印紙の貼り忘れ及び割印漏れ等がないか、確認してください。
- 領収書は必ず原本を提出してください。原本の返却を希望される場合は、写しの提出も必要です。
- 領収日の属する年度を購入年度として支給を行います。年度末に販売を行う際は、年度内に納品しても年度内に領収できない場合は、原則として翌年度の福祉用具購入費からの支給となりますので、利用者にとって不利益となる可能性があります。その旨を利用者に説明するとともに、速やかに領収するようご注意ください。

#### ○購入した福祉用具がわかるもの（パンフレットの写し等）

- オーダーすのこ等、加工が必要な用具については写真又は図面も併せて添付してください。

※テクノエイド協会に介護保険福祉用具購入対象用品として登録されたもの（TAISコードが付与された商品）のみが支給対象商品となりますので、販売前に必ず確認してください。

#### ○内訳書

- 特注品、あるいは取付費のかかるものの場合に添付してください。  
（例：オーダーすのこ、洗浄機能付き補高便座）

※これらのものについては、運搬費や工事費は支給の対象外となります。

#### ○福祉用具サービス計画の写し

- 償還払いの場合は、添付を必要としていますが、受領委任払の場合は添付不要です。しかし、添付することにより、申請書の「福祉用具が必要な理由」の記入を省略することができます。

## 住宅改修費

### 事前協議に必要なもの

○介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前協議書（以下、「事前協議書」という。）

- ・事前協議終了の連絡先を必ず記入してください。事前協議終了後、原則 FAX でお知らせします。（FAX がない場合は、郵送にてお知らせします。）

### ○住宅改修が必要な理由書

- ・被保険者の心身状況及び日常生活上の動線、住宅の状況、福祉用具の導入状況等を総合的に勘案し、必要な住宅改修の工事種別とその選定理由を記載したもので、担当ケアマネジャー等が作成します。

### ○工事費内訳書

- ・宛名は被保険者本人名義（フルネーム）で記載してください。
- ・工事費の10割分の明細を記載してください。
- ・それぞれの場所ごとに、材料費、施工費、諸経費等区別し明記してください。なお、「〇〇工事一式」では受付できません。
- ・保険対象外の部分がありましたら、併せて記載してください。
- ・ユニットバスへの変更の場合は、メーカーから各部位ごとの振分け表を取り寄せ添付してください。

### ○住宅改修前の写真

- ・改修前の写真がないと申請を受け付けられませんので、着工前に必ず撮影し、改修箇所がわかるようにしてください。
- ・段差の解消工事の場合には必ず段差部分にメジャーをあて、具体的な高さがわかるように撮影してください。
- ・暗い場所を撮影する場合は、フラッシュを使用してください。
- ・写真には必ず撮影年月日を入れてください。カメラに日付機能がない場合は、日付を記入したボード等を一緒に写してください。

### ○図面

- ・工事箇所がわかる図面を添付してください。

### ○住宅の所有者の承諾書（介護保険住宅改修承諾書）

- ・住宅の所有者が本人又は同居している家族以外の場合は必要です。

### ○委任状（事前協議用）

- ・被保険者本人以外が窓口提出する場合、提出者への委任が必要です。
- ・被保険者に、委任者の欄への署名をもらってください。

### 事後申請に必要なもの

※介護度が確定していない期間は原則申請を行うことはできません。

ただし、区分変更申請中の場合は工事期間（着工日から完了日まで）が区分変更申請日以前、また更新申請中の場合は工事期間が現在有効な認定期間内である場合には、申請が可能です。

## ○介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

- ・被保険者が登録事業者に委任する欄，受取人情報欄，居宅介護（介護予防）事業者確認欄のそれぞれに署名をしてください。

## ○住宅改修後の写真

- ・改修前との比較ができるよう同じ方向から撮影し，かつ取付部材が全て写真に納まるように撮影してください。
- ・暗い場所を撮影する場合は，フラッシュを使用してください。
- ・写真には必ず撮影年月日を入れてください。カメラに日付機能がない場合は，日付を記入したボード等を一緒に写してください。
- ・工事内容や取付状況が確認できない場合，写真の撮り直しや図面の提出を求めることがあります。

## ○領収書

- ・保険対象額の残額をケアマネジャーに確認してください。原則は20万円を上限とし，過去に行った工事費を減じた額が保険対象額の残額です。特例として，初回利用時から要介護度が2段階以上上がった場合と転居された場合に限り，再度上限が20万円に戻ります。
- ・負担割合は，負担割合証と被保険者証の2点で確認してください。
- ・名義は被保険者本人（フルネーム）宛としてください。
- ・領収額は，自己負担額となります。価格が利用限度額を超える場合は，価格から利用限度額を減じた額と利用限度額に自己負担割合を乗じて得た額（1円未満切り上げ）の合計額となります。
- ・記載項目，印紙・割印等に漏れがないことを確認してください。
- ・領収書は原本と写しの2枚を提出してください。（原本は確認後返却します。）

（例①）

初めて25万円の介護保険適用の住宅改修工事を行った。

（1割負担の方）

$$250,000 - 200,000 = 50,000 \text{（保険給付対象外） A}$$

$$200,000 \times 0.1 = 20,000 \text{（保険給付対象自己負担額） B}$$

$$\Rightarrow A + B = 70,000 \text{円が領収額となります。}$$

（例②）

過去に住宅改修工事を行い，介護保険の残額が46,018円の人  
が，追加で10万円の介護保険適用の住宅改修工事を行った。

（1割負担の方）

$$100,000 - 46,018 = 53,982 \text{（保険給付対象外） A}$$

$$46,018 \times 0.1 = 4,602 \text{（小数点以下切り上げ）}$$

（保険給付対象自己負担額） B

$$\Rightarrow A + B = 53,982 + 4,602 = 58,584 \text{円が領収額となります。}$$

## 4 結果の通知について

審査の結果，支給の可否については，支給日（日程は6を参照）の前日付で「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給のお知らせ」又は「介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給のお知らせ」を事業所に対してお送りします。

なお，被保険者の方には「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給決定通知書」又は「介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給決定通知書」を同日付でお送りしています。

## 5 支給金額について

支給金額は，保険給付に該当する上限額の9割，8割又は7割です。

○福祉用具：1年間（4月～翌年3月）に10万円まで

○住宅改修費：原則，工事費の合算額が20万円になるまで

△ただし，次に掲げるいずれかに該当するものは，福祉用具購入費，住宅改修費に係る受領委任払申請を行うことができません。

- ・被保険者証に支払方法変更の記載がなされているもの。  
（介護保険法第66条第1項又は第2項の規定）
- ・保険給付の全部又は一部の支払を差し止められているもの。  
（介護保険法第67条第1項又は第2項の規定）
- ・被保険者証に保険給付の差止めの記載がなされているもの。  
（介護保険法第68条第1項の規定により）

※被保険者証に給付額減額の記載がなされているもの（介護保険法第69条の規定）については，受領委任払いでの請求が可能です。

※以前に福祉用具購入及び住宅改修を行って給付を受けている方は，保険給付額が少額になる場合や給付の対象とならない場合があります。販売前又は工事受注前に，本人又はケアマネジャーに必ず確認してください。

## 6 支給について

- ・支給日は，支給申請書受付日の翌々月1日（1日が土日祝日の場合は次の平日）となります。
- ・振込先は，登録申請書に記載された口座となります。口座の変更があった場合には，速やかに変更届出書を提出してください。

## 7 よくある質問

Q1 被保険者が利用上限額について虚偽の申出を行った場合，事業者が不利益を被るおそれがある。そのような事態を避ける方法は。

A 1 事前に被保険者に対して、「利用上限額を確認した結果によっては、費用の追加徴収を行う場合がある」旨を説明し、了解を得てください。また、ケアマネジャーに利用上限額を必ず確認するようにしてください。

Q 2 ケアマネジャーが選任されていない被保険者に福祉用具を販売する場合、受領委任払は可能か。

A 2 受領委任払においては、ケアマネジャーが選任されていることを前提としています。よって、選任されていない被保険者は償還払での支払方法となります。また、ケアマネジャーの確認が得られない場合も同様に償還払による申請となります。

Q 3 要介護認定の新規申請中や入院・施設入所中の場合、福祉用具購入費や住宅改修費の取り扱いはどのようにすればよいか。

A 3 認定結果前や入院・入所中であっても福祉用具を購入することや、事前協議を行い工事を行うことは可能です

しかし、要介護度非該当と判定された場合や退院・退所できなかった場合は、全額自己負担となりますので、償還払での申請もご検討ください。また、支給申請の時期は、それぞれ認定後、退院・退所後に行ってください。

なお、一時帰宅は退院・退所と認められないため、給付対象外です。

※ご本人の身体状況と家屋状況の関連が把握しづらいケースも考えられますので、工事箇所や規模などに特に留意してください。

Q 4 他市に住んでいる要介護の親を呼び寄せる前に工事を済ませておきたい、との希望だが、介護保険工事の対象となるか。

A 4 基本的には転入手続き及び認定申請後に事前協議が可能となります。個別の状況によって対応させていただきますので、事前にご相談ください。

Q 5 ユニットバスの工事を検討しているが対象となるか。

A 5 ユニットバス工事としての住宅改修項目はありませんので、段差解消、床面の変更、引き戸への変更など、住宅改修の対象となる工事のうち、理由書等から見て本人に必要とされる部分が給付の対象となります。ユニットバスのメーカーから、各部位ごとの振り分け表を入手して添付してください。

Q 6 事前協議後、工事内容に変更が生じた場合はどうすればよい

か。

A 6 工事内容に変更があった場合は新たに事前協議を行ってください。ただし、変更の内容によっては新たな事前協議が不要な場合もありますので、変更の必要性が生じた時点で、連絡してください。

Q 7 申請書類の記載内容に誤りがあった場合は、訂正印が必要か。

A 7 窓口または電話で正誤の状況が確認できれば、訂正印は不要です。

Q 8 利用者が亡くなった場合、申請はどのようにすればよいか。

A 8 場合により異なります。次のとおり行ってください。

【福祉用具購入費】

- 申請前又は区分変更中の死亡
  - ①納品及び領収を終えていれば、受領委任払いが可能です。
  - ②領収が済んでいない場合は、特例で納品日を購入日として扱います。償還払での申請とした上で、相続人代表者名義の口座を記載した申出書を添付してください。

【住宅改修費】

- 工事途中の死亡

死亡した時点で利用に供することができていた部分について、給付対象となります。事前に高齢者支援課に連絡し、対象部分と金額の確認を行った上で、償還払での申請とし、相続人代表者名義の口座を記載した申出書を添付してください。
- 区分変更中の死亡

工事及び領収が終了していれば、受領委任払いが可能です。領収が済んでいない場合は、償還払での申請とした上で、相続人代表者名義の口座を記載した申出書を添付してください。
- 入院・入所中に工事したが、退院・退所することなく死亡  
給付対象外です。（A3にも記載）

その他、受領委任払、福祉用具購入費支給及び住宅改修費支給に関する質問につきましては、高齢者支援課介護サービス担当に随時お問い合わせください。

# 8 様式・記入例

△この項に掲載している様式については、2024年1月時点で最新のものとなります。様式が変更になる場合がありますので、申請に使用される際には、必ず申請時点で最新のものを使用してください。

## 【受領委任払登録関係】

- 受領委任払取扱事業者登録申請書
- 受領委任払取扱事業者登録事項変更届出書
- 受領委任払取扱事業者登録事業廃止（休止・再開）届出書
- 受領委任払登録に関する誓約書

## 【福祉用具購入費支給関係】

- 福祉用具購入費支給申請書 確認チェックリスト
- 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用/償還払い用）
- 委任状（償還払用 座名義人が被保険者本人でない場合）
- 申出書（償還払用 被保険者が死亡した場合）

## 【住宅改修費支給関係】

### ◇事前協議関係書類

- 住宅改修費 確認チェックリスト（事前協議）
- 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前協議書
- 住宅改修が必要な理由書（柏市様式）
- 住宅改修承諾書
- 委任状（事前協議用）

### ◇支給申請関係書類

- 住宅改修費 確認チェックリスト（支給申請）
- 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払用/償還払い用）
- 委任状（償還払用 座名義人が被保険者本人でない場合）
- 申出書（償還払用 被保険者が死亡した場合）

※●の様式は、前年度から内容変更があったものです。

登録番号 (柏市記入)	
----------------	--

**受領委任払取扱事業者登録申請書**

令和 年 月 日

柏市長 あて

( 特定福祉用具購入費・住宅改修費 )の受領委任払取扱事業者として登録を受けたいので、申請します。

法人名	フリガナ											
	名 称											
登録事業所	事務所の所在地	( 千 )										
	事業所名											
	連絡先	電話番号					FAX番号					
		担当者										
	代表者	肩 書										
フリガナ 氏 名												
事業概要	登録事業	事業の種類	事業開始年月				従業者数	有資格者数(再掲)				
		福祉用具販売	令和 平成	年	月	人	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員	人	<input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター	人	<input type="checkbox"/> 一級・二級建築士	人
		登録番号						<input type="checkbox"/> その他		( )	人	
		住宅改修	令和 平成	年	月	人	( )	人	( )	人	( )	人
	営業日					営業時間						
振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種 目	口座番号						
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金							
					2 当座預金							
					3 その他							
	フリガナ											
	名義人											
添付書類	誓約書											

記入例

登録番号  
(柏市記入)

受領委任払取扱事業者登録申請書

柏市長 あて

( **特定福祉用具購入費**・**住宅改修費** )の受領委任払取扱

【例】

一度に福祉用具購入費及び住宅改修費の  
受領委任払取扱事業者として登録を希望する場合  
※事業の追加の場合は、「変更」様式を使用します。

法人名	フリガナ	ガシガイヤ〇〇〇																
	名称	株式会社〇〇〇																
登録事業所	事務所の所在地	(〒277-8505) 千葉県柏市柏5-10-1																
	事業所名	〇〇〇営業所																
	連絡先	電話番号	04-7167-1111					FAX番号	04-7167-1282									
		担当者	柏 一郎															
	代表者	肩書	代表取締役															
フリガナ 氏名		ガシ 知太郎																
事業概要	登録事業	事業の種類	福祉用具販売 (再掲)															
	○	福祉用具販売	令和 平成	25年4月				3人			<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 人 <input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター 人 <input checked="" type="checkbox"/> 一級・二級建築士 1人 <input type="checkbox"/> その他							
		登録番号	* * * * *	* * *			* * *			<input type="checkbox"/> ( ) 人 <input type="checkbox"/> ( ) 人 <input type="checkbox"/> ( ) 人								
	○	住宅改修	令和 平成	25年4月				5人										
	営業日	毎週 月～金曜日					営業時間	9時～17時										
振込先口座	〇〇	銀行	〇〇				本店	種目	口座番号									
		信用金庫 信用組合	〇〇				支店 出張所		1 普通預金									
	金融機関コード					店舗コード					2 当座預金	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	3 その他										
	フリガナ	ガシガイヤ〇〇〇 ダイヤモンドハウス ガシ 知太郎																
	名義人	株式会社〇〇〇 代表取締役 柏 太郎																
添付書類	誓約書																	

福祉用具販売の受領委任登録を希望する場合は、特定福祉用具販売事業者として県から指定を受けている登録番号を記載してください。

登録番号

## 受領委任払取扱事業者登録事項変更届出書

令和 年 月 日

柏市長 あて

登録した内容に次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

届出者	フリガナ											
	名称	※登録されている名称を記入										
事務所	所在地	(〒 - )										
		※登録されている所在地を記入 (ビルの名称等)										
変更した項目	名称											
	所在地											
	連絡先	電話番号					FAX番号					
	代表者	肩書										
		フリガナ 氏名										
	事業の追加	事業の種類	事業開始年月				従業者数	有資格者数(再掲)				
		福祉用具販売	令和 平成	年	月	人	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員	人	<input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター	人	<input type="checkbox"/> 一級・二級建築士	人
		登録番号						<input type="checkbox"/> その他	( )	人	( )	人
		住宅改修	令和 平成	年	月	人	( )	人	( )	人	( )	人
		営業日					営業時間					
振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号								
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金									
			2 当座預金									
			3 その他									
	フリガナ 名義人											
変更の理由												

記入例

登録番号

987

## 受領委任払取扱事業者登録事項変更届出書

令和 年 月 日

柏市長 あて

登録した内容に次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

届出者	フリガナ	カブシキガイシャ〇〇〇										
	名称	株式会社〇〇〇 ※登録されている名称を記入										
事務所	所在地	(〒277-1234) 千葉県柏市柏5-10-1 ※登録されている所在地を記入 (ビルの名称等)										
	名称											
所在地	所在地											
	連絡	変更があった箇所のみ 変更後の内容を記入し てください。										
代表者	肩書											
	フリガナ 氏名											
事業の追加	事業の種類	事業開始年月	従業員数	有資格者数(再掲)								
	福祉用具販売	令和 平成 年 月	人	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員	人	<input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター	人	<input type="checkbox"/> 一級・二級建築士	人	<input type="checkbox"/> その他	人	
	登録番号											
	住宅改修	令和 平成 年 月	人	( )	人	( )	人	( )	人	( )	人	
	営業日			営業時間								
振込先口座	銀行	本店	種目	口座番号								
	信用金庫	支店	1 普通預金									
	信用組合	出張所	2 当座預金									
	金融機関コード	店舗コード	3 その他									
	フリガナ											
	名義人											
変更の理由	事業の追加, 代表取締役の変更など											

登録番号

## 受領委任払取扱事業者登録事業廃止(休止・再開)届出書

令和 年 月 日

柏市長 へ

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をいたしましたので、届け出ます。

届	フリガナ				
	名称				
出	事務所の所在地	(〒 )			
		(ビルの名称等)			
	連絡先(再開時)	電話番号		FAX番号	
者	代表者	肩書			
		フリガナ			
		氏名			
	届出事項	廃止 休止 再開			
	廃止・再開年月日	令和 年 月 日			
	休止予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	届出理由				

記入例

登録番号

987

## 受領委任払取扱事業者登録事業廃止(休止・再開)届出書

令和 年 月 日

柏市長 あて

次のとおり事業の**廃止**(休止・再開)をしましたので、届け出ます。

届 出	フリガナ	カシガイヤ〇〇〇			
	名 称	株式会社〇〇〇			
	事務所の所在地	(〒277-1234) 千葉県柏市柏5-10-1			
		(ビルの名称等)			
連絡先(再開時)	電話番号	04-7167-1111	FAX番号	04-7167-1282	
代 表 者	肩 書	代表取締役			
	フリガナ	カシ 知			
	氏 名	柏 太郎			
届出事項	廃止 休止 再開				
廃止・再開年月日	令和4年5月6日				
休止予定期間	令和 年 月 日 ~令和 年 月 日				
届出理由	営業所廃止のため				

# 受領委任払登録に関する誓約書

令和 年 月 日

柏市長 あて

所在地

事業所名（名称）

代表者氏名

印

当事業所は、介護保険法及び柏市介護保険住宅改修費等支給受領委任払実施規則の趣旨を厳守するとともに、柏市が柏市暴力団排除条例（平成24年柏市条例第4号）に基づき、暴力団を利することとならないよう、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「暴対法」という。）第2条第6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は暴対法第2条第2号に規定する暴力団（以下「暴力団」という。）若しくは暴力団と密接な関係を有する者を市の事務等から排除していることを承知したうえで、下記の者に該当せず、将来においても該当しないことを誓約します。

この誓約書が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることになっても、異議は一切申し立てません。

また、柏市長が必要であると判断した場合は、柏市長が市の区域を管轄する警察署に照会することについて承諾します。

## 記

- 1 柏市入札契約暴力団対策措置要領第2条第2項第3号に規定する有資格業者等（以下「有資格業者等」という。）の役員等（有資格業者等が個人である場合にはその者を、有資格業者等が法人その他の団体である場合にはその役員、その支店の代表者又は常時契約を締結する事務所、営業所その他これらに類するものの代表者をいう。以下同じ。）が暴力団員であるとき又は暴力団若しくは暴力団員が有資格業者等の経営に実質的に関与している者
- 2 有資格業者等の役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者
- 3 有資格業者等の役員等が、暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持・運営に協力し、又は関与している者
- 4 有資格業者等の役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
- 5 有資格業者等の役員等が、暴力団若しくは暴力団員であること又は上記の1から4に該当することを知りながら、これを不当に利用するなどしている者

## 福祉用具購入費支給申請書 確認チェックリスト

ご提出前に以下の点を必ずチェックしてください。

## □① 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

- 記入間違い、記入漏れがないか。
- 購入商品はテクノエイド協会登録商品（TAIS コードが付与された商品）であり、かつ介護保険購入対象商品であるか。  
(どちらも満たすものが支給の対象です。)
- 福祉用具が必要な理由として、現在の身体状況やその経緯等具体的な理由が記載されているか。
- 【受領委任払いのみ】福祉用具サービス計画を作成のうえ、チェック欄にチェックをしているか。
- 【償還払いのみ】福祉用具サービス計画の写しが添付されているか。
- 【償還払いのみ】振込口座の名義人が被保険者以外の場合、委任状が添付されているか。

## □② 領収書

- 領収書の原本が添付されているか。
- 領収書の名義が被保険者本人名義（フルネーム）になっているか。
- 領収金額に相違がないか。
- 原本の返却を希望する場合、コピーも併せて添付されているか。

## □③ 購入商品のわかるパンフレット等の写し

- 購入した商品の概要（商品の定価、名称、タイプ等）がわかるかどうか。
- 購入した商品がオーダー品の場合、規格等がわかる見積書類が添付されているかどうか。

※[受領委任払い用]の支給申請書は受領委任払いの登録事業者を利用して福祉用具を購入した場合にのみご利用いただけます。

※書類に不備があった場合、訂正を依頼し、支給に遅れが出る場合がありますのでご注意ください。

**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）**

フリカ`ナ		生 年 月 日	大・昭 年 月 日
被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	〒 - 電話番号 ( )		
福祉用具名 (商品名)	製造事業者名	購入金額(税込)	購入年月日
	販売事業者名	支払額	
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
購入合計金額	円（うち保険対象額 円）		福祉用具サービス計画 <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成
特定福祉用具販売事業者指定番号※必ず記入を			
福祉用具が 必要な理由			
柏市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限を、下欄の受 取人に委任します。 年 月 日 申請者兼受領委任者 氏名 <span style="float:right;">㊟（氏名自署の場合は押印不要）</span>			
受取人 情報欄	(所在) 〒 -	電話番号 ( )	
	(事業者名)	登録番号 ( )	
居宅介護 支援事業者 確認欄	上記の申請については、介護保険法第44条第1項又は第56条第1項に規定する 福祉用具購入に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認しました。 (所在) 〒 - 電話番号 ( ) (事業者名) (介護支援専門員氏名)		

- ・総費用額が10万円以下の場合、原則として自己負担額は「**総費用額×負担割合の1円未満を切り上げた金額**」です。
- ・複数の用具を購入した場合の自己負担額の算出は、合算せず、それぞれの用具について行ってください。
- ・上の太枠の中を記入し、**当該被保険者宛**の領収証及び購入した福祉用具がわかるもの(パンフレット等)を添付してください。

柏 市 記 入 欄	チェック欄		支給決定額等内訳		受付印
	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 受給資格(要 )	保険対象額 _____ 円	支給決定額 _____ 円	
	<input type="checkbox"/> パンプ写し	<input type="checkbox"/> 限度額管理( 円)			
	<input type="checkbox"/> 購入対象用具	<input type="checkbox"/> 介護保険料滞納			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画	<input type="checkbox"/> 負担割合( 割)			
備考		確認欄	確認者	審査・入力者	

フリガナ 被保険者氏名	カシワ <b>柏 花子</b>	生 被保	最新の介護保険被保険者証に記載の住所を記入する(相違がある場合、收受できません)。	1 日 3 4 5
住 所	〒277-8505 <b>柏市柏5-10-1</b>	電話番号 04(	支払額は被保険者の負担割合に応じ、購入金額の1-3割。小数点以下は切り上げ。	
福祉用具名 (商品名)	製造事業者名 販売事業者名	購入金額(税込) 支払額	購入年月日	
シャワーチェア(肘付き)	(株)〇〇介護 介護用品柏	30000円 3000円	令和〇年〇月〇日	
ポータブルトイレ	(株)〇〇介護	50000円 5000円	令和〇年〇月〇日	
必ず作成のうえ、チェックを入れてください。作成の無い申請は收受できません。			年 月 日	
購入合計金額 <b>80000</b> 円(うち保険対象額 <b>80000</b> 円)			福祉用具サービス計画 <input checked="" type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成	
特定福祉用具販売事業者指定番号※必ず記入を			1 2 7 0 0 0 0 0 0 1	
福祉用具が必要な理由	既往の脳梗塞によるマヒや加齢に伴う下肢筋力低下のため、浴室での立ち上がりに困難がある。夜間の排泄時、寝室からポータブルトイレを設置し排泄の自立を			既往歴は必ず記載し、現在の身体状況に至った経緯を明記したうえで、当該福祉用具が必要な理由やその選定理由を具体的に記すこと。
柏市 上	氏名自署であれば押印は不要です。			
申請者兼受領委任者	氏名 <b>柏 花子</b>			
受取人 情報欄	(所在) 〒277-8505 電話番号 04(7167)1135 <b>柏市柏5-10-1</b> (事業者名) <b>介護用品柏</b> 登録番号(999)			
居宅介護 支援事業者 確認欄	上記の申請については、介護保険法第44条第1項又は第56条第1項に規定する福祉用具購入に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認しました。 (所在) 〒277-8505 電話番号04(7167)1135 <b>柏市柏5-10-1</b> (事業者名) <b>柏包括支援センター</b> (介護支援専門員氏名) <b>柏 太郎</b>			

- ・総費用額が10万円以下の場合、原則として自己負担額は「総費用額×負担割合の1円未満を切り上げた金額」です。
- ・複数の用具を購入した場合の自己負担額の算出は、合算せず、それぞれの用具について行ってください。
- ・上の太枠の中を記入し、当被保険者の領収証及び購入した福祉用具がわかるもの(パレット等)を添付してください。

柏市記入欄	チェック欄		支給決定額等内訳		受付印
	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 受給資格(要)	保険対象額	_____円	
	<input type="checkbox"/> パンプ写し	<input type="checkbox"/> 限度額管理(円)	支給決定額	_____円	
	<input type="checkbox"/> 購入対象用具	<input type="checkbox"/> 介護保険料滞納			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画	<input type="checkbox"/> 負担割合(割)			
備考		確認欄	確認者	審査入者	

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

（償還払）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		1 2 2 1 7 6				
	被保険者番号						
生年月日	大・昭 年 月 日	購入時の要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5				
住所	〒 - 電話番号 ( )						
福祉用具名 (商品名)	製造事業者名 ----- 販売事業者名	購入金額 (税込)	購入日				
		円	年 月 日				
		円	年 月 日				
		円	年 月 日				
購入合計金額		円	(うち保険対象額 )				
特定福祉用具販売事業者指定番号※必ず記入を							
福祉用具が 必要な理由							
柏市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名							
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号			
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金				
			2 当座預金				
			3 その他				
	フリガナ 口座名義人						

- ・上の太枠の中を記入し、領収書、福祉用具サービス計画(写)及び購入した福祉用具がわかるもの(パンフレット等)を添付してください。
- ・申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要となります。

柏市 記入欄	チェック欄		支給決定額等内訳		受付印
	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 受給資格(要 ) <input type="checkbox"/> パンプ写し <input type="checkbox"/> 限度額管理( 円) <input type="checkbox"/> 購入対象用具 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画 <input type="checkbox"/> 負担割合( 割)		保険対象額 _____ 円		
	備考		支給決定額 _____ 円		
	確認欄	確認者	審査・入力者		

フリガナ カシワ	ハナコ	保険者番号	202176	
被保険者氏名 柏花子	被	最新の介護保険被保険者証に記載の住所を記入する（相違がある場合、收受できません）。		
生年月日 大・昭10年1月1日	購入時の要	文	2・3・4・5	
住所 〒277-8505 柏市柏5-10-1	電話番号	04(7167)1135		
福祉用具名 (商品名)	製造事業者名 販売事業者名	購入金額 (税込)	購入日	
シャワーチェア(肘付き)	(株)○○介護 介護用品 柏	30000円	令和0年 0月 0日	
ポータブルトイレ	(株)○○介護 介護用品 柏	50000円	令和0年 0月 0日	
		円	年 月 日	
購入合計金額 80000 円 (うち保険対象額 80000 円)				
特定福祉用具販売事業者指定番号※必ず記入を		1 2 7 0 0 0 0 0 0 1		
福祉用具が 必要な理由	既往の脳梗塞によるマヒや加齢に伴う下肢筋力低下のため、浴室での立ち上がりに困難がある。夜間の排泄時、寝室からトイレまで移動する際に、トイレの横にポータブルトイレを設置し排泄の自立を促す。			
柏市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）申請書 ○○年○○月○○日 住所 柏市柏5-10-1 申請者 氏名 柏花子				
口座振替 依頼欄	銀行 カシワ	本店 カシワ	<input type="checkbox"/> 口座名義人が被保険者本人以外の場合は別紙の委任状を添付する。 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他	
	金融機関コード 1 2 3 4	支店コード 1 2 3		1 3 4 5 6 7
	フリガナ 口座名義人	カシワ イチロウ 柏 一郎		

・上の太枠の中を記入し、領収書、福祉用具サービス計画(写)及び購入した福祉用具がわかるもの(パンフレット等)を添付してください。  
 ・申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要となります。

柏市記入欄	チェック欄	支給決定額等内訳		受付印
	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンプ写し <input type="checkbox"/> 購入対象用具 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画 <input type="checkbox"/> 負担割合(割)	<input type="checkbox"/> 支給資格(要) <input type="checkbox"/> 限度額管理(円) <input type="checkbox"/> 介護保険滞納	保険対象額 _____ 円  支給決定額 _____ 円	
	備考	確認欄	確認者	審査入力者

口座名義人が被保険者本人でない場合、次に記載してください。

## 委任状

年 月 日

柏市長 あて

(被保険者)

住 所

氏 名

㊟

(氏名自署の場合は㊟不要)

次の者を代理人と定め、福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任したのでお届けします。

(代理人)

住所

氏名

被保険者との続柄 ( )

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号 ( )

記入例

口座名義人が被保険者本人でない場合、次に記載してください

委任状

〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 あて

被保険者本人の氏名を記入し、押印を  
してください  
(ただし、氏名自署の場合は押印不要  
です)。

(被保険者)

住所 柏市柏5-10-1

氏名 柏 花子

(氏名自署の場合は押印不要)

柏

次の者を代理人と定め、福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任した  
のでお届けします。

(代理人)

住所 柏市柏5-10-1

氏名 柏 一郎

口座名義人のかたの氏名等を記載し  
てください。

被保険者との続柄 (子)

生年月日 大・昭<sup>平</sup> 20年 1月 1日

電話番号 04(7167)1135

# 申 出 書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(相続人代表者)

住 所

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

被相続人との続柄 ( )

(000 )

が生前有していた介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給の申請及び受領について、相続人間で協議した結果、私が相続人の代表者として申請及び受領することとなりましたので、福祉用具購入費については次の口座に振り込んでください。

なお、当該保険給付費を私が受領することにおいて、問題が生じた場合には、私が責任をもって処理し、柏市には一切の迷惑をおかけしないことを確約いたします。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口 座 番 号					
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

※ 当該申出による保険給付について、虚偽又は不正があった場合は、介護保険法第22条の規定により保険給付費の返還を求められます。

記入例

## 申 出 書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(相続人代表者)

住 所 柏市柏5-10-1

氏 名 柏 花子

生年月日 大・昭・平 33年 3月 3日

被相続人との続柄 ( 長女 )

(1234567890)

柏 太郎 が生前有していた介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給の申請及び受領について、相続人間で協議した結果、私が相続人の代表者として申請及び受領することとなりましたので、福祉用具購入費については次の口座に振り込んでください。

なお、当該保険給付費を私が受領することにおいて、問題が生じた場合には、私が責任をもって処理し、柏市には一切の迷惑をおかけしないことを確約いたします。

口座振替 依頼欄	カシワ	銀行 信用金庫 信用組合	カシワ	本店 支店 出張所	種目	口 座 番 号									
	金融機関コード				支店コード			1普通預金	9	8	7	6	5	4	3
	1	2	3	4	1	2	3	2当座預金							
カシワ		ハナコ		口座名義人 柏 花子											

※ 当該申出による保険給付について、虚偽又は不正があった場合は、介護保険法第22条の規定により保険給付費の返還を求められることがあります。

(2024.1 改定)

## 住宅改修費 確認チェックリスト（事前協議）

提出前に以下の点を必ずチェックしてください。

- ① 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前協議書
  - 記入間違い，記入漏れがないか。
  - 記載の本人住所（改修先）は介護保険被保険者証の住所と相違ないか。
- ② 住宅改修が必要な理由書
  - 記入間違い，記入漏れがないか。
  - 柏市の指定様式（複数見積もりチェック欄のあるもの）が使用されているか。
- ③ 工事費内訳書
  - 内訳書の名義が被保険者名義（フルネーム）になっているか。
  - 工事を行う箇所，内容及び規模を明記し，材料費，施工費，諸経費等が区分されているか。
  - ユニットバスへの変更の場合，メーカーから各部位ごとの振り分け表が添付されているか。
- ④ 工事前の写真
  - 写真に日付が入っているか。
  - 工事箇所の全体が写っているか。
  - 浴槽の交換工事（段差解消工事）がある場合，浴槽のまたぎ部分と深さ部分にメジャー等をあて明確に高さがわかるような写真を撮っているか。
  - 段差解消工事（スロープ設置，敷居撤去等）の場合，段差部分の具体的な高さがわかるよう段差部分にメジャー等をあてて写真を撮っているか。
- ⑤ 図面
  - 工事箇所がわかる図面が添付されているか。
- ⑥ 住宅の所有者の承諾書
  - 住宅の所有者の承諾書が添付されているか。  
（ただし，本人または同居の親族が所有している場合は添付不要）
- ⑦ 委任状（事前協議用）
  - 記入間違い，記入漏れがないか。
  - 委任者の欄に被保険者の署名と押印があるか。

※全ての提出書類において、修正テープ等による修正は認められません。

※書類に不備があった場合、書類の再提出や訂正を依頼し、完了し次第、審査のうえ、事前協議終了となります。

※書面にて工事内容が確認できない場合、現地確認を行う場合があります。

柏市

受付印

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前協議書

住宅改修につき次のとおり事前協議いたします。

事前協議者氏名	被保険者番号																				受付番号	
	フリガナ 被保険者氏名																					
住所	〒 -  電話番号 ( )																					
住宅の所有者	被保険者との関係 ( )																					
改修内容	1 手すりの取付け 2 段差の解消 3 滑り防止及び円滑化のための床又は通路面の材料の変更 4 引き戸等への扉の取替え 5 洋式便器等への便器の取替え																					
改修箇所 改修規模	改修箇所										改修規模（数量，長さ，面積等）											
施工業者名	登録番号 ( ) ※受領委任払の登録業者のみ記入																					
着工予定年月日	年 月 日																					
総費用額 (税込み)	円																					

事前協議終了の連絡先	電話番号	事業所	
	FAX番号	担当者名	

柏市記入欄	<input type="checkbox"/> 受給資格（要）	<input type="checkbox"/> 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前協議書	事前協議確認者
	<input type="checkbox"/> 限度額確認（円）	<input type="checkbox"/> 住宅改修が必要な理由書	
	<input type="checkbox"/> 介護保険料滞納	<input type="checkbox"/> 工事費内訳書	
	<input type="checkbox"/> 負担割合	<input type="checkbox"/> 工事前の写真	
	<input type="checkbox"/> リセット 有・無	<input type="checkbox"/> 図面	
		<input type="checkbox"/> 住宅の所有者の承諾書	<input type="checkbox"/> 委任状（事前協議用）

柏市

記入例

受付印

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修

記入しないでください（窓口にて預かり時に記入します）

住宅改修につき次のとおり事前協議いたします。

事前協議者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	受付番号
	カシワ タロウ											
	柏 太郎											
	7 - 0005											
	柏市柏5-10-1											
	電話番号 04 ( 0000 ) 0000											
住宅の所有者	柏 一郎	被保険者との関係 ( 長男 )										
改修内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 2 段差の解消 <input type="checkbox"/> 3 滑り防止及び円滑化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											
改修箇所	改修箇所	改修規模 (数量, 長さ, 面積等)										
改修規模	トイレ	手すり 600mm ×1										
施工業者名	(株)柏工務店 柏営業所 登録番号 ( 999 ) ※受領委任状の登録業者のみ記入											
着工予定年月日	令和〇〇年 △△月											添付の内訳書の総額を記入
総費用額 (税込み)	210,000											円

保険証に記載の住所 (改修先) と同じ住所を記入

該当する改修内容に○をつけてください

添付の内訳書の総額を記入

忘れずに記入してください

事前協議終了の連絡先	電話番号 04-7167-1135 FAX 番号 04-7167-1282	事業所 (株) 柏工務店 柏営業所 沼南 太郎
柏市記入欄	<input type="checkbox"/> 受給資格 (要 ) <input type="checkbox"/> 限度額確認 (円) <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> リセット 有・無	<input type="checkbox"/> 介護保険居宅 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 工事費内 <input type="checkbox"/> 工事前の写真 <input type="checkbox"/> 図面 <input type="checkbox"/> 住宅の所有者の承諾書 <input type="checkbox"/> 委任状 (事前協議用)
		事前協議確認者

住宅改修が必要な理由書(柏市)

(P1)

【柏市】

〈基本情報〉

利用者	被保険者 番号		生年月日	大正 昭和	年 月 日
	被保険者 氏名		要介護認定 (該当に○)	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
	住所				

作成者	現地確認日	令和 年 月 日	作成日	令和 年 月 日
	所属事業所			
	資格			
	氏名			
	電話番号			
	複数見積もりをとるよう利用者に対し説明したか(ケアマネジャー確認欄)			

〈総合的状況〉

	疾患と治療・後遺症等の状況; 屋内、屋外の移動の状況;	福祉用具の利用状況	
		〈改修前〉	〈改修後〉
利用者の身体状況 (屋内の移動方法は必ず記載)		1.車いす	<input type="checkbox"/>
		2.特殊寝台	<input type="checkbox"/>
		3.床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>
		4.体位変換器	<input type="checkbox"/>
		5.簡易手すり	<input type="checkbox"/>
		6.簡易スロープ	<input type="checkbox"/>
		7.歩行器	<input type="checkbox"/>
		8.歩行補助つえ(多点杖、ロフトラドクツ、松葉杖等)	<input type="checkbox"/>
		9.認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>
		10.移動用リフト	<input type="checkbox"/>
		11.腰掛便座(ポータブル・補高便座)	<input type="checkbox"/>
		12.特殊尿器	<input type="checkbox"/>
		13.入浴補助用具(シャワーベンチ・浴槽台・入浴台・その他)	<input type="checkbox"/>
		14.簡易浴槽	<input type="checkbox"/>
		15.その他 ( )	<input type="checkbox"/>
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	家族状況; 介護保険サービスの利用状況; 介護保険以外のサービスの利用状況; その他;		

住宅改修が必要な理由書(柏市)

(P2)

(P1)の総合的状況を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②①の具体的な困難な状況(…なので困っている)③改修目的・期待効果のチェックと改修の方針(…することで…が改善できる)④改修項目(改修箇所)

活動	①改善しようとしている生活動作	② ①の具体的な困難な状況(…なので困っている)	③改修目的・期待効果のチェックと改修の方針(…することで…が改善できる)		④改修項目(改修箇所)
排泄	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 手すりの取付け ( ) ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 段差の解消 ( ) ( )
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内の移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) ( )
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車椅子等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )		

住宅改修が必要な理由書(柏市)

(P1)

記入例

【柏市】

〈基本情報〉

利用者	被保険者 番号	生年月日		大正	年	月	現地確認日	令和	年	月	日	作成日	令和	年	月	日	
	被保険者 氏名	要介護認定 (該当に○)	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5			作成者	所属事業所	説明の上、必ずチェックを入れてください。								
	住所							資格									
					氏名												
										電話番号							
													複数見積もりをとるよう利用者に対し説明したか(ケアマネジャー確認欄)	<input type="checkbox"/>			

〈総合的状況〉

利用者の身体状況 (屋内の移動方法は必ず記載)	疾患と治療・後遺症等の状況;	福祉用具の利用状況 〈改修前〉〈改修後〉				
	屋内、屋外の移動の状況;			1.車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	たとえば、移動や立上がり、姿勢保持といった生活動作に関する身体状況を記述する。屋内及び屋外での移動方法(自立歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行器利用など)を記述する。			2.特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護状況 (各種介護サービスの利用状況、家族の介護状況を記載)	家族状況;	改修前と改修後 想定される福祉 用具の利用状況 を確認する。				
	介護保険サービスの利用状況;			3.床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護保険以外のサービスの利用状況;			4.体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	その他;	5.簡易手すり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	住宅改修によって利用者・家族は、介護状況、ADL、社会参加など、日常生活をどう変えたいと思っているか(特に何を希望しているか) また、その効果を記述する。	6.簡易スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		7.歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		8.歩行補助つえ(多点杖、ロフトラドクツ、松葉杖等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		9.認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		10.移動用リフト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		11.腰掛便座(ポータブル・補高便座)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		12.特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		13.入浴補助用具(シャワーベンチ・浴槽台・入浴台・その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		14.簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		15.その他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

(P1)の総合的状況を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改善目的・期待効果のチェックと改修の方針(…することで…が改善できる)④改修項目(改修箇所)を具体的に記入してください。

活動	①改善しようとしている生活動作	②①の具体的な困難な状況(…なので困っている)	③改修目的・期待効果のチェックと改修の方針(…することで…が改善できる)	④改修項目(改修箇所)
排泄	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他( )	現状の改善を必要とする動作について、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れる。 今回対象でない項目には <input type="checkbox"/> チェックを入れる必要はない。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け ( ) ( ) ( ) ・様々な角度から検討し、決定された改修内容の項目をチェックして、改修箇所の詳細内容を記述する。
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内の移動立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他( )	生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記述する。 ・生活のどの場面、動作が利用者、介護者にとって大変なのか、動作の流れに沿って一つずつ見極めること。 ・「寝たきり」ならば「座位が保てるか」「歩行できる」のであれば、「段差を越えることができるか」などについて記入。 ・①の <input checked="" type="checkbox"/> 評価と②のコメントの両方を合せて利用者の状況が伝わるように記入する。 ・移動について、各行為(排泄、入浴、外出)に共通する内容は、一つの項目のみ記入。 例えば、「排泄」欄のみに記入し、各項目欄に重複して記入する必要はない。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車椅子等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの <input type="checkbox"/> その他( )	生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記述する。 ・生活のどの場面、動作が利用者、介護者にとって大変なのか、動作の流れに沿って一つずつ見極めること。 ・「寝たきり」ならば「座位が保てるか」「歩行できる」のであれば、「段差を越えることができるか」などについて記入。 ・①の <input checked="" type="checkbox"/> 評価と②のコメントの両方を合せて利用者の状況が伝わるように記入する。 ・移動について、各行為(排泄、入浴、外出)に共通する内容は、一つの項目のみ記入。 例えば、「排泄」欄のみに記入し、各項目欄に重複して記入する必要はない。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )

①、②を記入し、現状の問題点を踏まえた上で、改修目的の項目をする。  
 ・各行為の困難事項を改善するために、どのような改修を行うのか、その方針を記述する。  
**留意点**  
 ・改善方法は、「手すり設置」や「段差解消」という表現でなくてもよい。  
 ・「つかまれる所を…」 「つまずかない工夫」 「立ち上がりの支えを…」などの表現でもよい。  
 ・一つの改修項目が複数の目的のために行われる場合はまとめて記述してもよい。  
 ・具体的手段については、当事者はもちろん、施工者や専門家と一緒に考えることが望ましい。

# 住宅改修承諾書

## 住宅改修対象物件

物件	所在地		
	賃借人氏名 (賃貸の場合のみ)		
	被保険者氏名		
改修の概要		改修箇所	改修内容

私所有の上記物件に対し、住宅改修をすることを承諾します。

令和 年 月 日

(所有者)

住所

氏名

印

(氏名自署の場合は押印不要)

記入例

## 住宅改修承諾書

住宅改修対象物件

借借人氏名は賃貸の場合  
のみ記入

物件	所在地	柏市柏5-10-	
	借借人氏名 (賃貸の場合のみ)		
	被保険者氏名	柏太郎	
改修の概要		改修箇所	改修内容
		トイレ	手すり 600mm × 1

私所有の上記物件に対し、住宅改修をすることを承諾します。

令和〇〇年△△月□□日

所有者の署名が必要です  
(氏名自署の場合は、押  
印不要)

(所有者)

所 柏市大島田48-1  
氏名 柏 一郎

印

(氏名自署の場合押印不要)

## 委任状（事前協議用）

代理人	所在地
	氏名 登録番号（ ）※受領委任私の登録事業者のみ記入
	電話番号
	被保険者との続柄

私は、上記の者を代理人と定め、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前協議に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者	住所
	氏名 印 (氏名自署の場合は押印不要)
	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日
	電話番号

記入例

委任状（事前協議用）

代理人	所在地	柏市柏255-1
	氏名	(株) 柏工務店 柏営業所 登録番号 ( 999 ) ※受領委任払の登録業者のみ記入
	電話番号	04-7167-1135
	被保険者との続柄	事業者

私は、上記の者を代理人と定め、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前協議に関する一切の権限を委任します。

令和〇〇年 △△月 □□日

委任者	住所	柏市柏5-10-1
	氏名	柏 太郎 印 柏 (氏名自署の場合は押印不要)
	生年月日	大正・昭和・平成 2年 1月 1日
	電話番号	04-7167-1111

署名や委任の日付のないものは無効

(氏名自署の場合は、押印不要)

## 住宅改修費 確認チェックリスト（支給申請）

ご提出前に以下の点を必ずチェックしてください。

- ① 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書
  - 記入間違い、記入漏れがないか。
  - 記載の本人住所（改修先）について介護保険被保険者証と相違が無い。
  - **【償還払いのみ】振込口座の名義人が被保険者以外の場合、委任状が添付されているか**
  
- ② 領収書
  - 領収書の原本が添付されているか。
  - 領収書の名義が被保険者本人名義（フルネーム）になっているか。
  - 事前協議に添付した内訳書と比して領収金額に相違がないか。
  - 原本の返却を希望する場合、コピーも併せて添付されているか。
  
- ③ 工事後の写真
  - 写真に日付が入っているか。
  - 工事箇所の全体が写っているか。
  - 浴槽の変更工事（段差解消工事）をした場合、浴槽のまたぎ部分と深さ部分にメジャー等をあてて写真を撮っているか。
  - 段差解消工事の場合、段差がわかるよう段差部分にメジャー等をあてて写真を撮っているか。

※[受領委任払い用]の支給申請書は受領委任払いの登録事業者を利用して工事を行った場合にのみご利用いただけます。

※書類に不備があった場合、訂正を依頼し、支給に遅れが出る場合がありますのでご注意ください。

※工事内容について書面にて確認が行えない場合、現地調査をする場合があります。

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

受領委任払用

フリガナ	.....	生年月日	大・昭	年	月	日
被保険者氏名		被保険者番号				
住所	〒 - 電話番号 ( )					
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	受付番号					
	施工業者名					
	着工年月日		年 月 日			
総費用額(税込)	円	完成年月日	年 月 日			
柏市長 あて 上記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。 また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給申請及び受領に関する権限を、下欄の受取人に委任します。 年 月 日 申請者兼受領委任者 住所 氏名 (印) (氏名自署の場合は押印不要)						
受取人情報欄	(所在) 〒 - 電話番号 ( ) (事業者名) 登録番号 ( )					
居宅介護支援事業者確認欄	この申請については、介護保険法第45条第1項又は第57条第1項に規定する住宅改修に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認しました。 (所在) 〒 - 電話番号 ( ) (事業者名) (介護支援専門員氏名)					

柏市記入欄	チェック欄	支給決定額等内訳	事後申請確認者	受付印
	<input type="checkbox"/> 受給資格(要) <input type="checkbox"/> 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書 <input type="checkbox"/> 事後の写真 <input type="checkbox"/> 限額確認(円) <input type="checkbox"/> 領収書の原本	保険対象額 _____ 円		
	<input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> リセット 有・無	支給決定額 _____ 円		



介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

償還払

フリガナ	-----		保険者番号	1	2	2	1	7	6	
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	大・昭	年	月	日	改修時の 介護度	支1・支2・介1・2・3・4・5				
住所	〒 -  電話番号 ( )									
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			受付番号							
			施工業者名							
			着工年月日							
総費用額（税込）		円	完成年月日							
柏市長 あて 上記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  住所  (被保険者) 氏名										
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード		支店コード	1 普通預金						
				2 当座預金						
フリガナ		-----								
口座名義人										

柏市 記入欄	チェック欄		支給決定額等内訳	事後申請確認者	受付印
	<input type="checkbox"/> 受給資格(要) ( ) <input type="checkbox"/> 限定額確認 ( ) 円 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> リセット 有・無	<input type="checkbox"/> 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費申請書 <input type="checkbox"/> 事後の写真 <input type="checkbox"/> 領収書の原本	保険対象額 _____ 円  支給決定額 _____ 円		

記入例

介護保険居宅介護

改修費支給申請書

(償還払)

フリガナ	カシワ タロウ	保険者番号	1 2 2 1 7 6
被保険者氏名	柏 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
生年月日	大・昭 2年1月1日	改修時の介護度	支1・支2 3 4 5
住所	〒277-8505 柏市柏5-10-1	保険証に記載の住所と同じ住所(改修先)を記入 電話番号 04(7167)1135	
住宅の所有者	柏 一郎	被保険者との関係 (長男)	
改修の内容・箇所及び規模	トイレ 手すり×1本	受付番号	△△△△
		施工業者名	(株)柏工務店 柏営業所
		着工年月日	令和●年△月△日
総費用額(税込)	210,000 円	完	▲日
柏市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護)申請書 令和●年△月▲日 住所 柏市柏5-10-1 (被保険者)氏名 柏 太郎		■原則、本人の口座とする ■口座の名義人が本人以外の場合 合は記載の上、「委任状」を添付 ■被保険者が死亡の場合は記入 不要とし、「申出書」を添付	
口座振込依頼欄	銀行 本店	カシワ 支店	目 口座番号
	信用金庫 出張所	カシワ 支店	
	信用組合	出張所	
金融機関コード	支店コード	1 普通預金	1 2 3 4 5 6 7
1 2 3 4	1 2 3	2 当座預金	
		3 その他	
フリガナ	カシワ イチロウ		
口座名義人	柏 一郎		

柏市記入欄	チェック欄	支給決定額等内訳	事後申請確認者	受付印
柏市記入欄	<input type="checkbox"/> 受給資格(要) <input type="checkbox"/> 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費申請書 <input type="checkbox"/> 限額償還(円) <input type="checkbox"/> 工事後の写真 <input type="checkbox"/> 介護保険滞納 <input type="checkbox"/> 領収書の原本 <input type="checkbox"/> 負担割合 <input type="checkbox"/> リセット 有・無	保険対象額 _____ 円  支給決定額 _____ 円		

口座名義人が被保険者本人でない場合、次に記載してください

## 委任状

年 月 日

柏市長 あて

(被保険者)

住所

氏名

印

(氏名自署の場合は押印不要)

次の者を代理人と定め、住宅改修費の受領に関する一切の権限を委任したので  
お届けします。

(代理人)

住所

氏名

被保険者との続柄 ( )

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号 ( )

記入例

口座名義人が被保険者本人でない場合、次に記載してください

委任状

令和●年 △月 ▲日

柏市長 あて

(被保険者)

介護保険を利用する本人の記名・押印  
(氏名自署の場合、押印は不要)

住所 柏市柏5-10-1  
氏名 柏 太郎

柏印

(氏名自署の場合は押印不要)

次の者を代理人と定め、住宅改修費の受領に関する一切の権限を委任したので  
お届けします。

住宅改修費の振込先口座  
の名義人の記名

(代理人)

住所 柏市柏5-10-1

氏名 柏 一郎

被保険者との続柄 ( 長男 )

生年月日 大・昭・平 30年 1月 1日

電話番号 04 (7167) ▲▲▲▲

# 申 出 書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(相続人代表者)

住 所

氏 名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

被相続人との続柄 ( )

(000 )

が生前有していた介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給の申請及び受領について、相続人間で協議した結果、私が相続人の代表者として申請及び受領することとなりましたので、住宅改修費については次の口座に振り込んでください。

なお、当該保険給付費を私が受領することにおいて、問題が生じた場合には、私が責任をもって処理し、柏市には一切の迷惑をおかけしないことを確約いたします。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口 座 番 号					
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	ナカナ								
	口座名義人								

※ 当該申出による保険給付について、虚偽又は不正があった場合は、介護保険法第22条の規定により保険給付費の返還を求められます。

# 申 記入例 書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(相続人代表者)

住 所 柏市柏5-10-1

氏 名 柏 花子

生年月日 大・昭・平 33年 3月 3日

被相続人との続柄 ( 長女 )

(1234567890)

柏 太郎 が生前有していた介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給の申請及び受領について、相続人間で協議した結果、私が相続人の代表者として申請及び受領することとなりましたので、住宅改修費については次の口座に振り込んでください。

なお、当該保険給付費を私が受領することにおいて、問題が生じた場合には、私が責任をもって処理し、柏市には一切の迷惑をおかけしないことを確約いたします。

口座振替 依頼欄	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 カシワ 信用金庫 信用組合	<input type="checkbox"/> 本店 カシワ 支店 出張所	種目	口 座 番 号						
	金融機関コード	支店コード	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通預金 <input type="checkbox"/> 2 当座預金 <input type="checkbox"/> 3 その他	9	8	7	6	5	4	3
	1 2 3 4	1 2 3								
フリガナ 口座名義人	カシワ ハナコ 柏 花子									

※ 当該申出による保険給付について、虚偽又は不正があった場合は、介護保険法第22条の規定により保険給付費の返還を求められることがあります。

(2024.1 改定)