

住宅改修費・福祉用具購入費受領委任払承認申請書

被保険者番号	0	0	0										
フリガナ											生年 月 日	明・大・昭	
被保険者氏名												年 月 日	
サービス種別	(介護予防)住宅改修費・(介護予防)福祉用具購入費												
事業者名													
確認項目	新規申請中又は区分変更申請中ではない										はい・いいえ		
	入院中ではない										はい・いいえ		
	給付制限を受けていない										はい・いいえ		
別添のとおり、私が申請する(住宅改修費・福祉用具購入費)に係る受領権をサービス事業者に委任することに承認を受けたいので、申請します。 島本町長 様 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名 電話番号													
別紙申請に基づく、島本町から支給される被保険者 様に係る(住宅改修費・福祉用具購入費)の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給に当たっては下記の金融機関に口座振替払をしてくださるよう依頼します。 また、以下にある承認の条件を遵守していることを確約します。 事業者所在地 事業者名称 代表者氏名													
	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所	口 座 種 別	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							
口座名義人(カナ)													

※ゆうちょ銀行に振込を希望される場合は、「記号・番号」ではなく、振込用の「店名・預金種別・口座番号」を記入してください。

《承認の条件》

- ①入院中でないこと。
- ②給付制限を受けていないこと
- ③新規申請中及び区分変更申請中でないこと。
- ④自己負担割合に応じた費用の一部を被保険者から受領し、減免又は超過して費用を徴収しないこと。
(限度額超過時を除く)
- ⑤工事終了時に被保険者が資格を喪失していないこと。
- ⑥必要に応じて、町の調査に応じること。
- ⑦その他、介護保険対象となる、住宅改修費及び福祉用具購入費に関連する法令を遵守すること。