

| | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---|
| (申請者) 介護保険 事業者 | (宛先) 松山市長 | 事業所番号 3 8 0 0 0 0 0 0 0 0 |
| | 下記のとおり居宅介護(介護予防)住宅改修支援費の支給を申請します。 | |
| | 所在地 愛媛県松山市二番町四丁目〇-〇 | 申請者欄について、代表者による自署の場合は押印不要。印字による記名の場合は別途押印が必要です。 |
| | 名称 居宅介護支援事業所 ●●● | |
| ① | 代表者名 代表者 ●●● ●●● | 代所支居 表 ● 援宅 者 ● 事介 印 ● 業護 |
| | 電話番号 089-***-**** | |

| 明細 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 住宅改修着工日(①) | 住宅改修費支給申請年月日 | ①の属する月における、居宅介護支援費(※)の請求の有無 | ①の属する月における左記被保険者に係る介護予防支援業務の受託の有無 |
|----|------------|------------|--------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| | | 0000123456 | 松山 太郎 | 令和●年●月●日 | 令和●年○月○日 | 有・無 |
| | 0007654321 | 愛媛 花子 | 令和●年□月□日 | 令和●年□月△日 | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| | | | | | 有・無 | 有・無 |
| 集計 | 支援費申請件数(②) | 2 件 | 支援費申請額(② × 2,000円) | | 4,000 円 | |

(※)居宅介護支援費とは、松山市介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修支援費支給要綱第2条第4号に規定する居宅介護支援費(居宅介護支援費、介護予防支援費、小規模多機能型居宅介護費、介護予防小規模多機能型居宅介護費、複合型サービス費、介護予防支援を受託し提供したことによる受託費用)をいう。

請 求 書 記入例

令和 年 月 日

債権者番号

(宛先) 松 山 市 長

空欄でかまいません。

住所 愛媛県松山市二番町四丁目〇-〇

1

居宅介護支援事業所 ●●●

氏名

代表者 ●●● ●●●

代 所 支 居
表 ● 援 宅
者 ● 事 介
印 ● 業 護

申請者欄について、代表者による自署の場合は押印不要。印字による記名の場合は別途押印が必要です。押印の際は、申請書に記入した「①申請者」とその印が一致するようにしてください。

当請求金額を次の私の預金口座にお振り込み下さい。

| | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | 本店 支店 出張所 |
| フリガナ | キョタクカイゴシエンジギョウシヨ ダイヒョウシヤ | ●●● ●●● ●●● |
| 口座名義人 | 居宅介護支援事業所 代表者 | ●●● ●●● ●●● |
| 下記の金額請求いたします。 | 普通預金 | 当座預金 |
| | 第 | 1234567 号 |

2

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|----------|
| 金額 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | 内訳下記のとおり |
| | | | | | ¥ 4 | 0 | 0 | 0 | | |

但し 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修支援費にかかる請

①(申請者)と、②(受取り金融機関等の口座名義人)が異なる場合は、別紙『住宅改修支援費受取口座届出票』下段にある委任状欄への記載が必要です。