

居宅介護(介護予防)住宅改修費請求書

[利用する支払方法]  
※どちらかに○を

|      |    |    |
|------|----|----|
| 受領委任 | 償還 | 払い |
|------|----|----|



熊本市長 様

下記の被保険者の住宅改修工事が完了しましたので、別添のとおり必要書類を添えて、居宅介護(予防)住宅改修費として、下記の金額を請求いたします。

なお、熊本市から支払われる居宅介護(予防)住宅改修費の請求については熊本市介護保険課長に委任します。

【請求者】  
(住 所)

電話 0 9 6 - 3 2 8 - 2 1 1 1

(個人の場合:氏名)  
(事業者の場合:名称及び代表者名)

熊本市中央区手取本町1-1

熊本 花子

下記の金額を請求いたします。

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金額 | ¥ | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 円 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|

※右づめにて記入してください。  
※頭に¥マークをつけてください。

(振込口座)

|       |          |    |   |         |      |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|----------|----|---|---------|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 | 〇〇銀行     |    |   | 金融機関コード | 0    | 0 | 0 | 1 |   |   |   |   |
| 支店名   | 本店       |    |   | 支店コード   | 1    | 0 | 1 |   |   |   |   |   |
| 口座種目  | 1        | 普通 | 2 | 当座      | 口座番号 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| フリガナ  | クマモト ハナコ |    |   |         |      |   |   |   |   |   |   |   |
| 口座名義  | 熊本 花子    |    |   |         |      |   |   |   |   |   |   |   |

(退院・退所確認)

私は、 年 月 日に、入院(入所)していた施設から退院(退所)しました。

被保険者氏名

(様式3)

|       |        |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |
|-------|--------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---|
| 請求日   | 申請日に記入 |   |   |   |   |   |   |   |  |  | 日 |
| 工事着工日 | 令和     | 4 | 年 | 4 | 月 | 1 | 6 | 日 |  |  |   |
| 工事完了日 | 令和     | 4 | 年 | 4 | 月 | 1 | 7 | 日 |  |  |   |

(請求内訳)

|                           |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号                    | 0             | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 被保険者氏名                    | 熊本 花子         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| A 工事総額                    | 2 5 0 0 0 0 円 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| B 保険給付対象工事額               | 2 0 0 0 0 0 円 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| C 自己負担額                   | 2 0 0 0 0 円   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| D 自己負担額<br>(保険給付非対象分)     | 5 0 0 0 0 円   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| E 請求額[A-(C+D)]<br>(保険給付額) | 1 8 0 0 0 0 円 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

(完了確認)

令和4年 4月 9日に事前計画を提出した住宅改修工事について、工事が完了したことを確認し、証明します。

令和4年 4月 17日

被保険者

(住 所) 熊本市中央区手取本町1-1

(氏 名) 熊本 花子

令和4年 4月 18日

居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所〇〇