

**介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費・福祉用具購入費 支給実績確認依頼書**

熊本市\_\_区役所 福祉課 (宛)

		申請年月日										
		年			月			日				
被 保 険 者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	被保険者番号						
	住所	〒 -										
		電話番号	( )	-								

提 出 者	事業所名				担当者名					
	電話番号	( )	-	被保険者との関係						
	住所	〒 -								

私の介護保険支給実績(住宅改修費または福祉用具購入費の履歴に限る)を本書提出者へ通知することに同意いたします。

被保険者  
氏名：  
\_\_\_\_\_

確認したい項目	
1. 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費	2. 居宅介護（介護予防）住宅改修費

〈 熊 本 市 記 入 欄 〉

確認欄		受付時 【本人確認書類】		提供時 【本人確認書類】	
担 当		1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )	2点 <input type="checkbox"/> CM資格証 <input type="checkbox"/> 社員証・職員証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他( )	2点 <input type="checkbox"/> CM資格証 <input type="checkbox"/> 社員証・職員証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他( )
		受付時 【在職確認書類】			
班 長		<input type="checkbox"/> 社員証・職員証 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター従事者証 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 社員証・職員証 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター従事者証 <input type="checkbox"/> その他( )		
副 課 長 ( 補 佐 )		受付印	受付者	提供区印	担当者
				<input type="checkbox"/> 受付印に同じ	<input type="checkbox"/> 受付者に同じ
課 長		交付方法		郵便発送日	
		郵送・窓口		月 日	