

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 R 5 年 1 月 10 日

被 保 険 者	フリガナ	クマモト カイゴ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
	氏名	熊本 介護												
	生年月日	明・大 昭 20年 5月 26日	電話番号	(096) 328 - 2311										
	住所	〒 8 6 1 - 8 6 0 1 熊本市中央区手取本町1-1												

提 出 者	事業所名	熊本住宅改修	担当者名	肥後 太郎									
	電話番号	(096) 328 - 2347	被保険者との関係	住宅改修施工業者									
	住所	〒 8 6 1 - 5 2 9 2 熊本市西区小島2-7-1											

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 熊本 介護 *本人署名

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()	
班 長		受付時 【在職確認書類】		提供時 【在職確認書類】	
		<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	