

魚津市告示第108号

魚津市介護保険住宅改修費の受領委任払に関する要綱の一部改正について

魚津市介護保険住宅改修費の受領委任払いに関する要綱（平成30年魚津市告示第69号）の一部を次のように改正する。

令和3年3月31日

魚津市長 村椿 晃

様式第1号及び様式第3号から様式第5号を次のように改める。

介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者登録申請書

年 月 日

魚津市長

あて

〒(      —      )

(申請事業者)所在地

事業者名

(電話番号

)

代表者職・氏名

介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者の登録について、居宅介護住宅改修費又は介護予防住宅改修費の受領委任払いを取り扱いたいので、下記のとおり申請します。なお、私が受ける住宅改修費は、下記の口座に振り込んでください。

(施工事業所)

|            |                  |
|------------|------------------|
| フリガナ       |                  |
| 施工事業所所在地   | (〒      —      ) |
| フリガナ       |                  |
| 施工事業所名称    |                  |
| 電話番号       |                  |
| FAX番号      |                  |
| E:mail     |                  |
| ホームページアドレス |                  |
| 代理受領受任者※   |                  |

※住宅改修費受領委任状（同意書）の受任者欄に使用する名義等となります。

(振込先口座)

| 銀行・信金<br>信組・農協・労金 | 本店・支店<br>本所・支所 | 種 目   | 口座番号 |   |   |   |   |   |
|-------------------|----------------|-------|------|---|---|---|---|---|
| 金融機関コード           | 店舗コード          | 1 普通  | ●    | ● | ● | ● | ● | ● |
|                   |                | 2 当座  | ●    | ● | ● | ● | ● | ● |
|                   |                | 3 その他 | ●    | ● | ● | ● | ● | ● |
| フリガナ              | -----          |       |      |   |   |   |   |   |
| 口座名義人             | -----          |       |      |   |   |   |   |   |

様式第2号（第4条関係）

介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者登録通知書

年 月 日

様

魚津市長

（公印省略）

年 月 日付けで申請のありました介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者の登録について、魚津市介護保険住宅改修費の受領委任払いに関する要綱第4条第2項の規定により下記のとおり登録をしましたので通知します。

（申請事業者）

|         |         |
|---------|---------|
| 事業者所在地  | （〒 ー ）  |
| 事業者名称   | （電話番号 ） |
| 代表者職・氏名 |         |

| 施工事業所      | 魚津市登録番号 | 登録年月日 | 年 月 日 |
|------------|---------|-------|-------|
| フリガナ       |         |       |       |
| 施工事業所所在地   | （〒 ー ）  |       |       |
| フリガナ       |         |       |       |
| 施工事業所名称    |         |       |       |
| 電話番号       |         |       |       |
| FAX番号      |         |       |       |
| E: mail    |         |       |       |
| ホームページアドレス |         |       |       |

※事業所の名称、所在地その他の申請時における登録事項に変更があったとき、登録した事業所を廃止し、休止し、若しくは再開するとき、又は登録を辞退するときは、速やかに市長に届け出てください。

様式第3号（第5条関係）

介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者変更届出書

年 月 日

魚津市長

あて

〒(      —      )

(届出者)所在地

事業者名

(電話番号

代表者職・氏名

下記のとおり登録申請した事項に変更がありましたので届け出ます。

|          |             | 魚津市登録番号 |     |
|----------|-------------|---------|-----|
| 変更があった事項 |             | 変更の内容   |     |
| 1        | 事業者所在地      | (変更前)   |     |
| 2        | 事業者名称       |         |     |
| 3        | 代表者職・氏名     |         |     |
| 4        | 代表者印        |         |     |
| 5        | 施工事業所所在地    |         |     |
| 6        | 施工事業所名称     | (変更後)   |     |
| 7        | 施工事業所電話番号   |         |     |
| 8        | 施工事業所FAX番号  |         |     |
| 9        | 施工事業所E:mail |         |     |
| 10       | ホームページアドレス  |         |     |
| 変更年月日    |             | 年       | 月 日 |

※ 該当項目番号に○を付してください。

様式第4号（第5条関係）

介護保険住宅改修費受領委任払取扱事業者  
（廃止・休止・再開・登録辞退）届出書

年 月 日

魚津市長

あて

〒(      —      )

(届出者)所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

(電話番号 \_\_\_\_\_ )

代表者職・氏名 \_\_\_\_\_

- 登録に係る事業所を廃止・休止・再開しましたので下記のとおり届け出ます。
- 登録を辞退したいので下記のとおり届け出ます。

記

|                  |              |  |
|------------------|--------------|--|
| 魚津市登録番号          |              |  |
| 廃止・休止・再開・辞退する事業所 | 所在地          |  |
|                  | 名称           |  |
| 廃止・休止・再開・辞退の別    | 廃止・休止・再開・辞退  |  |
| 廃止・休止・再開・辞退年月日   | 年 月 日        |  |
| 休止予定期間(休止の場合のみ)  | 年 月 日～ 年 月 日 |  |
| 廃止・休止・再開・辞退の理由   |              |  |





様

魚津市長

（公印省略）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給決定通知書（受領委任払用）

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

|        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
|--------|--|--------|--|

|                      |       |       |       |
|----------------------|-------|-------|-------|
| 受付年月日                | 年 月 日 | 決定年月日 | 年 月 日 |
| 対 象 年 月              | 年 月   |       |       |
| 本 人 支 払 額            | 円     |       |       |
| 給 付 の 種 類            |       |       |       |
| 支 給 金 額              | 円     |       |       |
| 不 支 給 ・ 減 額<br>の 理 由 |       |       |       |

| 支 払 方 法       |  |             |       |       |
|---------------|--|-------------|-------|-------|
| 窓 口 払         |  | 口 座 払       |       |       |
| お持ちいた<br>だくもの |  | 振<br>込<br>先 | 金融機関  |       |
|               |  |             | 口座種目  | 普通・当座 |
| 支払場所          |  |             | 口座番号  |       |
| 支払期間          |  |             | 口座名義人 |       |

※支給金額については、受領委任払いであるため施工事業者を支払われます。

（問い合わせ先）

魚津市役所 社会福祉課 介護保険係  
〒937-8555 富山県魚津市釈迦堂 1-10-1  
電話番号 0765-23-1148

不服の申立

この通知について不服があるときは、介護保険法第183条第1項の規定によりこの通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、富山県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に魚津市を被告として提起することができます。

なお処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の1から3までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

1. 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
2. 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。



## 附 則

### (施行期日)

1 この告示は、令和3年4月1日から施行する。

### (経過措置)

2 この告示の施行の際、この告示による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この告示による改正後の様式によるものとみなす。

3 この告示の施行の際、旧様式による用紙で現に残存するものは、当分の間所要の調整をして使用することができる。