

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1号(第4条関係)を提出する際に添付してください。

- 8 住宅改修に関する記録を整備し、住宅改修完結の日から5年間保存します。
- 9 住宅改修に関して市長が必要と認めた場合、市が当該住宅改修に関して指導又は調査を行い、帳簿及び書類を検査し、説明を求め、又は警告を行った場合には、直ちにこれに応じます。
- 10 介護保険住宅改修費受領委任払に際し、次の事項を行った場合は、以後の介護保険住宅改修受領委任払いの利用ができなくなることについて異議は申しません。
  - ① 魚津市介護保険住宅改修費受領委任払に関する要綱及びこの誓約書に定める事項を遵守しなかったとき。
  - ② 住宅改修費の申請に事実と異なる内容が認められるとき。
  - ③ その他受領委任払の適用を認めることが不相当と判断されたとき。
- 11 居宅要介護等被保険者から住宅改修の施工に関し、苦情又は相談があった場合、必要に応じて、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行います。また、苦情に対しては、居宅要介護等被保険者の立場に立って検討し、対処します。
- 12 事業所の職員は、業務上知り得た居宅要介護等被保険者又はその家族の秘密を保持します。また、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持します。

以上

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。

| 変更があった事項 |               | 魚津市登録番号 | 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   |             |       |