第６号様式の２

**住宅改修完了報告書（受領委任払い専用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | 保険者番号 | １ | ２ | ２ | ０ | ４ | ４ |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 負担割合  （領収時） | １割　２割　３割 | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 着 工 日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | 完 成 日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| Ａ　総工事費(税込） | 円 | | | | | | | | | ※ 高齢者福祉課  の助成額  （該当の場合のみ） | | | 円 | | | | | |
| Ｂ 介護保険支給額  ※小数点以下切り捨て | 円 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ｃ　領収証の額 | 円 | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者、居宅介護支援事業所、施工事業者は、上記のとおり工事が完了したことを確認しました。  ※右欄にチェックをお願いします。 | □ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 船橋市長あて  　住宅の改修工事が完了しましたので、報告します。 | | 登録番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 申請者（登録事業者（所））  名　称 | | | | | | | | |
| （〒　　　－　　　　）  　　所在地 | | | | | | | | |
| 代表者氏名 | | | | | | | | |
| 担当者 | 電話番号（　　　　－　　　－　　　　） | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市職員記入欄 | 受付 | 受付者 | | 領収証 | 内訳書 | | 工事後写真 | |  | |  | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | | | |
| 担当 | 要介護度 | 負担割合 | | | 送付先 | | 金額変更 | | 領収日 | | 退院・退所日 |  | 支給決定額 |
|  | 割 | | | 有・無 | | 有・無 | |  | |  |  |  |