

介護保険 住改・用具  
申請様式記入例

行橋市役所 介護保険課  
0930-25-1111(内線1173 1174 1175)

# 介護保険住宅改修様式記入例

## ● 目 次 ●

住改・用具における事前申請制度の流れ……………	1
申請書様式(受領委任払い)……………	2
申請書様式(償還払い)……………	3
委任状……………	4
承諾書……………	5
見積書……………	6
内訳書……………	7
平面図……………	8
工事写真添付様式記入例(事前申請)……………	9
工事写真添付様式記入例(事後申請)……………	10
福祉用具写真添付様式記入例(事後申請)……………	11
住宅改修事前承認通知見本(受領委任払い)……………	12
福祉用具事前承認通知見本(受領委任払い)……………	13
住宅改修支給決定通知見本(受領委任払い)……………	14
福祉用具支給決定通知見本(受領委任払い)……………	15

※住宅改修・福祉用具の申請には、事業者登録の申請が必要です。  
様式に関しては、行橋市のホームページにすべて掲載されています。

# 住宅改修における事前申請制度の流れ

① 住宅改修についてケアマネジャーや地域包括支援センター職員に相談



② 本人・家族、ケアマネジャー、工事事業者等で現地確認を行い、改修箇所を検討



③ 事前申請書類の提出（※ 各書類に使用(押印)する印鑑は、シャチハタ印は使用できません。）

☆ 事業者は、住宅改修の事前申請書類を介護保険課へ提出

- ・ **申請書**(受領委任払い又は償還払いのどちらかを選択ください。)
- ・ **委任状**(会社名・代表者名・担当名・印の種類などは必ず申請書で記入したものと同一)  
※委任状は、申請書の申請者が本人の場合は必要ありません。本人の氏名・印の記入が必要になります。

- ・ **住宅改修が必要な理由書**(ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員が作成)
- ・ **住宅の所有者の承諾書**(所有者が本人以外の家族・賃貸・市営などで必要)
- ・ **工事費の見積書**

会社名・会社印、代表取締役名・代表者印を入れること。

- ・ **住宅改修工事内訳書**(様式は本市のもののみ)
- ・ **家の平面図**(様式がないため、事業者側が作成、改修場所を「NO,」順に記載)
- ・ **工事前の写真**(写真は様式の枠内に収める)

写真は「被保険者氏名」「撮影年月日」「工事種類」を黒板等に書き、写しこむこと  
段差解消工事の際は、メジャーをあてて段差部分を写すこと

※完成予定の状態がわかるように、マジック等で改修場所を写真に記入すること(ex.手摺の向き・位置など)



④ 書類審査の結果を事業者にも郵送で通知(状態等、訪問確認を行なう場合があります)



⑤ 承認決定が下りたら、工事施工(承認は申請から1週間前後が目安) → 完成



⑥ 工事終了の書類提出(事後申請)

- ・ **請求書**(※総合計・公費負担額(請求額)・利用者負担額を記入すること)

会社名・所在地・印、代表取締役名・印を入れること。請求先は介護保険課であること。※事業者側の様式可

- ・ **領収書(原本)**:利用者自己負担額(償還払いの場合は、工事費の全額。)※原本はお返しします
- ・ **事前承認通知書のコピー**(④での通知書、無くされた場合は窓口でお伝えください)
- ・ **工事完成前・完成後の写真**

事前で提出した写真と同じアングルで、「被保険者氏名」「竣工年月日」「工事種類」を黒板等に入れこみ撮影



⑦ 支給(事後申請から1か月以内が目安)

## 福祉用具における事前申請制度の流れ

① 福祉用具購入についてケアマネジャーや地域包括支援センター職員に相談



② 本人・家族、ケアマネジャー、販売事業者等で現地確認を行い、検討



③ 事前申請書類の提出(※ 各書類に使用(押印)する印鑑は、シャチハタ印は使用できません。)

☆ 事業者は、福祉用具購入の事前申請書類を介護保険課へ提出

・ **申請書**(受領委任払い又は償還払いのどちらかを選択ください。)

※ 申請書内の「福祉用具購入が必要な理由」を必ず記入すること。

(記載したケアマネジャー又は地域包括支援センターの職員等の所属・氏名も記載してください。)

・ **委任状**(印、会社名・担当名などは必ず申請書と同一)

※委任状は、申請書の申請者が本人の場合は必要ありません。本人の氏名・印の記入が必要になります。

・ **見積書**(会社名・会社印、代表取締役名・代表者印を入れること)

・ **福祉用具のカタログの写し**(対象商品がわかるようにマーカーチェックする。)

※ 購入する特定福祉用具は、TAISコードを有している商品になります。

カタログはTAISコードの記載のあるものを使用してください。

カタログにTAISコードの記載がない場合は、余白に手書きで記入してください。

※ 福祉用具の販売には、県からの指定が必要になります。

また、2名以上の福祉用具専門相談員の配置が必要です。



④ 書類審査の結果を事業者へ郵送で通知(状態等、訪問確認を行なう場合があります)



⑤ 承認決定が下りたら、購入・納品(承認は申請から1週間前後が目安) → 完了



⑥ 購入終了後の書類提出(事後申請)

☆ 利用者は納品終了後に必要書類を介護保険課に提出

・ **請求書**(※総合計・公費負担額(請求額)・利用者負担額を記入すること)

会社名・所在地・印、代表取締役名・印を入れること。請求先は介護保険課であること。※事業者側の様式可

・ **領収書(原本)**:利用者自己負担額(償還払いの場合は、工事費の全額。)※原本はお返します

・ **商品を納品した写真**

※ 利用者氏名、納品日等を記載した黒板等を入れこみ撮影



⑦ 支給(事後申請から1か月以内が目安)

被保険者から、保険給付分の受領を施工業者に委任することにより、被保険者は、施工業者に負担割合に応じた額を支払い、保険給付分については市から直接施工業者に支払うものです。

各事業所の番号

## 介護保険居宅(介護・介護予防)住宅改修費受領委任払い申請書

ご本人の氏名・生年月日・性別	ユクハシ タロウ		事業所番号				
被保険者氏名	行橋 太郎		保険者番号	4	0	2	1
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性	別	男・女
住 所	〒824-0000		介護保険被保険者証の番号				
介護保険被保険者証に記載のある要介護度区分に○	※ 介護保険者証に記載のある住所以外で改修を行うことはできません。		電話番号 (〇〇)-xxxxx				
要介護状態区分	要支援	1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
住宅の所有者	住宅の所有者の名前 ※別紙に承諾書を添付		本人との関係 (〇〇〇)				
改修の内容・箇所及び規模	手摺り取付工事	玄関 1箇所 廊下 2箇所 浴室 2箇所 トイレ 1箇所	業者名	○△工務店			
	段差解消工事	玄関 2箇所	着工予定日				
改修予定費用	住宅改修費の総合計額 (消費税を含む)		完成予定日	予定日は記入不要			
行橋市長様	見積書の総合計金額		上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費受領委任払いの申請をします。				
申請者氏名	会社名・会社印+代表者名か担当者・印(または両方)を、記入してください。 委任状にも必ず一言一句同じものを、記入してください。 委任状にも必ず同じ印を押してください。		年 月 日				
電話番号	印		窓口提出日の日付				
被保険者本人の氏名・印を記入した場合は、委任状の提出は必要ありません。							

- (注)・この申請書に、見積書及び設計書、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由書、改修前の日付入り写真を添付して下さい。  
・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付して下さい。

被保険者が工事費用全額を一旦負担し、工事完了後に、保険者が指定の口座に介護保険給付分を支給する支払方法です。

償還払

介護保険居宅(介護・介護予防)住宅改修費支給申請書 各事業所の番号

フリガナ 被保険者氏名	ユクハシ タロウ ご本人の氏名・ 生年月日・性別 行橋 太郎	事業所番号						
		保険者番号	4	0	2	1	3	1
		被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女					
	〒						介護保険被保険者証の番号	
介護保険被保険者証に記載のある要介護度区分に○	※介護保険者証に記載のある住所以外で改修を行なうことはできません。						電話番号 (〇〇) - ××××	
要介護状態区分	要支援 1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
住宅の所有者	住宅の所有者の名前						本人との関係 (〇〇〇)	
改修の内容・ 箇所及び規模	手摺り取付工事	玄関	1箇所	業者名	○△工務店			
		廊下	2箇所	着工日				
		浴室	2箇所	完成日				
		トイレ	1箇所	予定日は記入不要				
改修費用	段差解消工事 玄関 2箇所						住宅改修費の総合計額 (消費税を含む) 円	
行橋市長様								
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費受領委任払いの申請します。								
会社名・会社印+代表者名か担当名・印(または両方)を、記入してください。								
委任状にも必ず一言一句同じものを、記入してください。								
委任状にも必ず同じ印を押してください。								
						年 月 日	窓口提出日の日付	
申請者 氏名							印	
電話番号							被保険者本人の氏名・印を記入した場合は、委任状の提出は必要ありません。	

(注)・この申請書に、見積書及び設計書、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由書、改修前の日付入り写真を添付して下さい。

・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付して下さい。

居宅介護(支援)住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

振込口座は、 名義人が 被保険者と同一となるように	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店		
	信用組合	出張所	1 普通預金	
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
フリガナ		3 その他		
口座名義人				

(注)・口座振り込みに関しては、口座名義人と被保険者氏名が同一となるようお願い致します。

(注)・ゆうちょ銀行に関しては、振込用口座番号を確認し、店舗コードと口座番号に記入してください。

第6号様式(第9条関係)

委任状は、申請書の申請者が本人の場合は必要ありません。  
※本人の氏名・印が必要になります。

## 委任状

(介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費に係る受領委任払い用)

受任者 (事業所)	所在地	電話番号 ( )
	事業所名称 及び 申請者氏名	<p>申請書と同一の名前、印を、必ず記入してください。</p> <p>印</p> <p>※ 印鑑は申請書と同一のものを押してください。</p>
委任 事項	1 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費及び住宅改修費の請求に関すること。 2 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費及び住宅改修費の受領に関すること。	
保険給付額	円	
上記のとおり委任いたします。		
<p>年 月 日</p> <p>申請書と同一の日付</p> <p>委任者 住所 _____ (被保険者)</p> <p>氏 名 _____ 印</p>		
行橋市長 殿		

年 月 日

## 住 宅 改 修 の 承 諾 書

所有者が本人以外の家族の場合、必要

(所有者)

住 所

氏 名

印

シャチハタ印は使用  
できません。

私は、\_\_\_\_\_が、別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の  
住宅改修を行うことを承諾いたします。

# 住宅改修の承諾についてのお願い

令和 年 月 日

(賃貸人)

住 所  
氏 名

様

所有者が本人以外で賃貸の場合、必要

(賃借人)

住 所  
氏 名

印

シャチハタ印は使  
用できません。

私が賃借している下記(1)の住宅の住宅改修を、別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修支給申請書」のとおり行いたいので、承諾願います。

記

(1) 住 宅	名 称	
	所 在 地	
	住 戸 番 号	
(2) 住宅改修の概要	個 所・部 位	内 容

## 承 諾 書

上記について、承諾いたします。

(なお、

令和 年 月 日

(賃貸人)

住 所  
氏 名

印

- (注) 1 賃借人は、本承諾書の点線から上の部分を記載し、賃貸人に2通提出して下さい。賃貸人は、承諾する場合には本承諾書の点線から下の部分を記載し、1通を賃借人に返還し、1通を保管して下さい。  
2 (1)の欄は、契約書頭書を参考にして記載して下さい。  
3 承諾に当たっての確認事項等があれば、「なお、」の後に記載して下さい。  
※受領委任払いの場合は住宅改修費受領委任払い申請書とする。

シャチハタ印は使  
用できません。

令和 年 月 日

## 住宅改修の承諾書(代理相続人指定届)

所有者が亡くなられている場合、必要

(代理相続人・住宅改修承諾者)

住 所

氏 名

所有者との続柄 (

印

シャチハタ印は使用できません。

下記表示の住宅の所有者(氏名: )が死亡しているため、私(被保険者: )が代表相続人となり、居宅介護に必要な住宅改修を行うことを承諾いたします。

なお、この届出について他の相続人から異議がありましても相続人の間で解決いたしますので、行橋市には一切ご迷惑をおかけいたしません。

住宅改修を行う住宅(所在地):

※受領委任払いの場合は住宅改修費受領委任払い申請書とする。

**見積書(例)**

年 月 日

住所 行橋市〇〇〇  
氏名 行橋 太郎 様

**御 見 積 書**

会社名	会社印
住所	
電話番号	
代表者名	代表者印

※会社印がない場合の押印は、代表者印のみで構いません。

下記のとおり御見積申し上げます。  
何卒ご用命の程、宜しくお願い申し上げます。

工 事 名 : 行橋太郎様方 介護保険住宅改修工事  
工 事 場 所: 上記場所  
工 事 期 間: 2日間

工事の総合計と、介護保険対象部分の合計が異なる時は、工事の総合計の記入をお願いします。  
(申請書の改修予定費用にも同じ金額で記入してください)

**御見積金額 208,780円 (消費税込価格)**

品 名	数 量	金 額
手摺取付工事(居室、廊下、玄関)	9箇所	143,800
段差解消工事(玄関、居室)	2箇所	24,000
手摺取付工事(トイレ)	1箇所	22,000
合計		189,800
消費税		18,980
総合計		208,780

消費税は必ず切り下げ。  
※ただし、福祉用具購入での90,909円の時のみ、切り上げ適応。

# 内訳書記入例

全ての工事の内訳

★給付申請に係る部品については、材料費(仕様を明記する)と施工費を適切に区分する。  
★材料名などは専門用語を避け、誰にでも分かりやすい表記にする。(例:PB⇒石膏ボード、SUS⇒ステンレスなど)

介護保険対象部分を明示する(別紙に抜き出しても可)

対象部分を抽出する場合はその工事範囲を明示する。

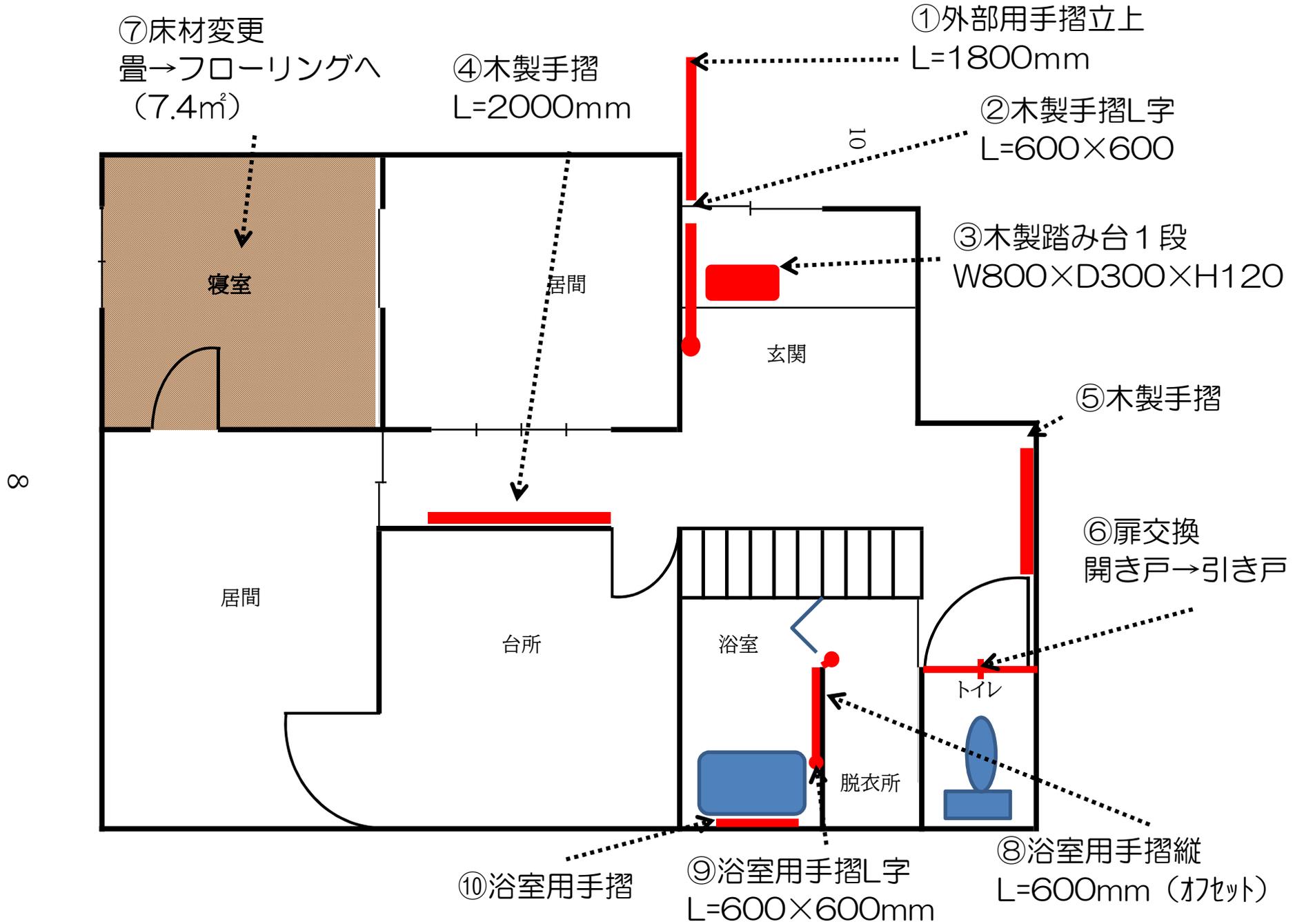
部屋名	部分	名称	内容(仕様)	数量	単価	金額	対象部分		住宅改修の種類	算出根拠
							数量	金額		
1階洋室	壁	既存壁撤去	石膏ボード厚12mm撤去	△ m <sup>2</sup>	△△	△△△△	○ m <sup>2</sup>	○○○○	①手すり取付け	手すり設置に係る対象経費部分を○m <sup>2</sup> で算出
		下地補強および壁仕上げ	石膏ボード厚12mm、外張り	□ m <sup>2</sup>	□□	□□□□	○ m <sup>2</sup>	○○○○		
	手すり	手すり	木製(金属ステンレス製)	○ m	○○○	○○○○	○ m	○○○○	①	
		同取付け工賃		○	○○○	××××		△△△△	①	
		1階洋室計				○○○○				
1階和室・DK		既存壁・床撤去		1	式	△△△△	1 式	○○○○	③	対象(床)部分を大工手間比率2/3で按分
	床	フローリング張り	ナラ材厚13mm下地および木製巾木h=60共	□ m <sup>2</sup>	□□	□□□□	□ m <sup>2</sup>	□□□□	③	
	壁	月桃紙	軸組、下地(石膏ボード12mm)	○ m <sup>2</sup>	○○	○○○○				対象範囲を明示するのが困難な項目については按分をして、その根拠を示す。
	天井	木質ボード張り	○○製厚9mm、下地、回り縁	○ m <sup>2</sup>	○○	○○○○				
	家具・雑	カウンター収納棚	w=1800 h=900 両開き扉 ナラ突板フラッシュ、 金物OS塗装共	m <sup>2</sup>	○○	○○○○				
	1階和室・DK計				○○○○		△△△△	③床材変更		
	小計				○○○○		□□□□		住宅改修の種類を明示する。	
	諸経費	消費税は必ず切り下げ。		○ %	□□□		△△△			
	合計				○○○○		□□□□			
	消費税			10 %	○○○		○○○			
	総合計				○○○○		△△△△			

7

※設計図を添付して下さい。(必要に応じ平面図、側面図)

※住宅改修の種類①手すりの取付け ②段差解消 ③床材等の変更 ④引き戸等への扉の取替え ⑤洋式便器への取替え ⑥その他①～⑤の付帯工事

住宅改修 平面図 (例)



平面図は様式がないので、事業者側に作成してもらいます。

# 事前の場合

# 住宅改修に伴う工事写真添付用紙

No.

改修場所： トイレ(工事場所)

工事種類： 手摺の取付け

## 改修前

平面図に書き入れた改修箇所のナンバーを書き入れる。

黒板等に「被保険者名」「撮影日」「工事種類」を記入して写しこむこと。カメラの日付機能やパソコンの加工ではなく、書いたものを写しこんでください。原則は工事看板ですが、デジタルカメラの日付機能で挿入された日付でも可能です。



住宅改修後の完成予定の状態がわかるように、マジック等で状態を記入すること。

手摺の取付け予定位置や床材変更の場合の面積などは、平面図に書き入れるか改修前の写真に記入すること。

## 改修後

ここに日付入りの写真を貼り付けて下さい

- ・黒板等に「被保険者名」「撮影日」「工事種類」を記入して写しこむこと。
- ・事前申請時に提出した写真と同じアングルで撮ること。

※ 完了時に確認できない部分は、施工中の写真を撮影し、裏面に添付して下さい。

※ 必要枚数をコピーしてお使い下さい。

## 事前の場合

## 住宅改修に伴う工事写真添付用紙

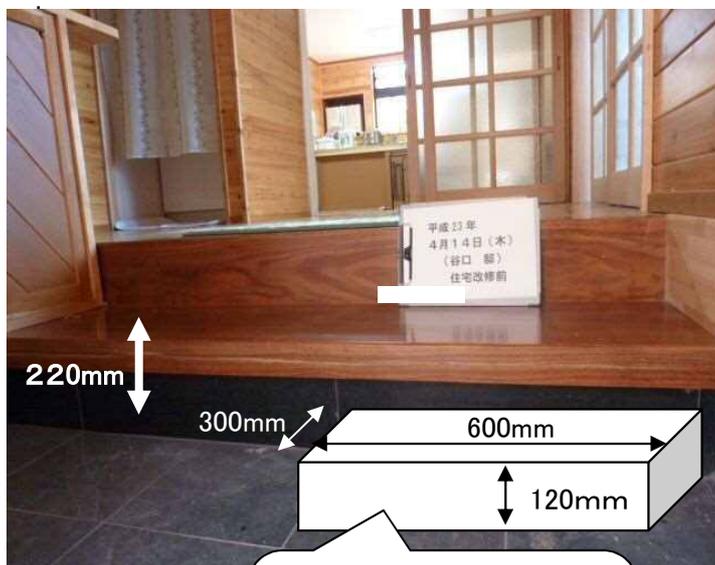
No.

改修場所：玄関内(工事場所)

工事種類：段差解消

### 改修前

平面図に書き入れた改修箇所のナンバーを書き入れる。



段差解消工事は、解消したい「高さ」を書き入れるか、出来る限りメジャーをあて、メジャーが接地していることがわかるアングルで撮影してください。

固定式踏み台等は、幅、高さ、奥行き等を写真に書き入れるか、平面図や内訳書に詳細を書き入れること

### 改修後

ここに日付入りの写真を貼り付けて下さい

- ・黒板等に「被保険者名」「撮影日」「工事種類」を記入して写しこむこと。
- ・事前申請時に提出した写真と同じアングルで撮ること。

※ 完了時に確認できない部分は、施工中の写真撮影し、裏面に添付して下さい。

※ 必要枚数をコピーしてお使い下さい。

# 事後の場合

No. \_\_\_\_\_

改修場所：玄関(工事場所)

工事種類：手摺の取付け

## 改修前

平面図に書き入れた改修箇所のナンバーを書き入れる。



## 改修後



※ 完了時に確認できない部分は、施工中の写真を撮影し、裏面に添付して下さい。  
 ※ 必要枚数をコピーしてお使い下さい。

## 事後の場合

### 福祉用具購入納品確認写真添付用紙

被保険者番号： \_\_\_\_\_

被保険者氏名： \_\_\_\_\_

納品名： \_\_\_\_\_

撮影日： \_\_\_\_\_

事前申請では、カタログの写し  
事後申請では、納品した用具の写真

黒板等に「被保険者名」「撮影日」「用具名」を記入して、購入した商品を写しこむこと。

ここに目付入りの写真を貼り付けて下さい

行橋市長  
工藤 政邦



### 住宅改修事前申請承認通知

先に申請のありました介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給について、申請どおりの施工内容について承認しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
決定年月日	令和 5年12月 6日		
住宅の所有者氏名		住宅の所有者	
工事の内容・ 箇所及び規模	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 手すりの取付け <input type="checkbox"/> (2) 段差の解消 <input type="checkbox"/> (3) 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> (4) 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> (5) 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> (6) その他(1)から(5)の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修		
施工事業者	TEL		
支給対象予定額	円		

#### 承認後の手続きについて

- 申請者は、この通知を受けてから介護支援専門員等及び施工業者に通知内容を連絡してください。
- 工事完了後、住宅改修費支給申請書に次の書類を添付して介護保険課に申請してください。

- ア この通知書
- イ 申請者が支払った領収書
- ウ 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修工事完了報告書
- エ 日付入りの改修前・改修後の写真
- オ 事前承認申請時の工事費内訳書に変更があった場合は、工事完了後の工事費内訳書と変更後の住宅改修が必要な理由書及び住宅改修箇所見取り図

#### 問い合わせ先

行橋市役所 介護保険課  
〒 824-8601 福岡県行橋市中央1丁目1-1  
TEL 0930-25-1111

#### 不服の申立

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に福岡県介護保険審査会643-3321に対し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か月以内に行橋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は除く。）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。

- 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。
- 処分、処分の執行又は手続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。
- その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

〒 812-8577 福岡県福岡市博多区東公園7番7号  
TEL 092-643-3321

令和5年12月8日



### 福祉用具事前申請承認通知

先に申請のありました介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具費支給について、申請どおりの内容について承認しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
決定年月日	令和5年12月7日		
給付の種類	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 腰掛便座 <input type="checkbox"/> (2) 特殊尿器 <input checked="" type="checkbox"/> (3) 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> (4) 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> (5) 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> (6) 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> (7) 排泄予測支援機器		
購入先事業者			TEL

支給対象予定額		円
---------	--	---

承認後の手続について

- 申請者は、この通知を受けてから介護支援専門員等及び購入事業者に通知内容を連絡してください。
- 購入完了後、福祉用具費支給申請書に次の書類を添付して介護保険課に申請してください。

ア この通知書  
イ 申請者が支払った領収書  
ウ 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入報告書(写真)  
エ 請求書

問い合わせ先  
行橋市役所 介護保険課66924  
〒 824-8601 福岡県行橋市中央1丁目1-1  
TEL 0930-25-1111

不服の申立  
この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に福岡県介護保険審査会 092-643-3321に対し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、前期の審査請求に対する採決を経た後（次の1から3までのいずれか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。

- 審査請求があった日から3か月を経過しても採決がないとき。
- 処分、処分の執行又は手続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。
- その他採決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

〒 812-8577 福岡県福岡市博多区東公園7番7号  
TEL 092-643-3321

行橋市長  
工藤 政夫



令和 5年10月利用分  
住宅改修費支給決定通知  
(受領委任)

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。

被保険者氏名		被保険者番号	
受付年月日	令和 5年10月 1日	決定年月日	令和 5年10月25日
本人支払額	円		
給付の種類			
支給金額	円		
不支給・減額の理由	非該当		

支払方法			
窓*囲*払		口座払	
振替	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 送附通知書</li> <li>・ 介護保険被保険者証</li> </ul>	金融機関	
振込		口座種目	
振替		口座番号	
振替		口座名義人	

問い合わせ先

行橋市役所 介護保険課  
〒 824-8601 福岡県行橋市中央1丁目1-1  
TEL 0930-25-1111

不服の申立

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に福岡県介護保険審査会 643-3321 に対し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か月以内に行橋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ものを除く。）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。

〒 812-8577 福岡県福岡市博多区東公園7番7号  
TEL 092-643-3321

令和 5年11月30日



行橋市長  
工藤 政博



令和 5年11月利用分  
介護予防福祉用具販売支給決定通知  
(受領委任)

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。

被保険者氏名		被保険者番号	
受付年月日	令和 5年11月20日	決定年月日	令和 5年11月30日
本人支払額	円		
給付の種類	入浴補助用具		
支給金額	円		
不支給・減額の理由	非該当		

支払方法			
窓*田*払		口座払	
※持*込*た *※*※*※	<ul style="list-style-type: none"> <li>※の通知書</li> <li>介護保険被保険者証</li> </ul>	振 込 先	金融機関
※払*場*所			口座種目
※払*期*間			口座番号
			口座名義人

問い合わせ先

行橋市役所 介護保険課  
〒 824-8601 福岡県行橋市中央1丁目1-1  
TEL 0930-25-1111

不服の申立

この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に福岡県介護保険審査会 643-3321 に対し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か月以内に行橋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は除く。）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。

〒 812-8577 福岡県福岡市博多区東公園7番7号  
TEL 092-643-3321