様式第９号

記入例

提出締切り　令和８年12月７日（月）必着
※説明会当日（令和８年11月30日）提出推奨！！

介護保険住宅改修費受領委任払い制度に関する事業所（登録・更新）申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）宇治市長

申請者　所在地
（事業者）事業者名称
代表者氏名

印不要になりました。

下記のとおり、介護保険住宅改修費受領委任払い制度に関する事業所の登録を申請します。なお、本申請を行うにあたり、介護保険関係法令、通達等を遵守します。

事業所（営業所）所在地	〒		
事業所（営業所）名称	フリガナ 印		
事業所（営業所）代表者氏名			
電話番号		FAX番号	
営業時間			
休業日			
説明会受講状況	介護保険住宅改修説明会を　　年　　月　　日に受講しました。		
納税状況	国税及び地方税を滞納していない。　□はい　□いいえ		
住宅改修事業所一覧の掲載	住宅改修事業所一覧の掲載を希望。　□します　□しません ※希望される事業所につきましては、裏面の掲載内容を記入してください。		

営業所代表者印となります。

※事業所が複数ある場合は、事業所ごとの登録申請が必要となります。
※登録内容に変更がある場合は、速やかに届け出てください。
※口座振込依頼書を添付してください。

【資格保有者】

	氏名	保有資格	資格取得年月日
1	フリガナ		
2	フリガナ		
3	フリガナ		
4	フリガナ		
5	フリガナ		

資格保有者の氏名が記入されていたら
資格者証の写しの添付が必要です。
未記入であっても受付できます。

※介護保険での住宅改修に関する専門資格保有者（福祉住環境コーディネーター、理学療法士、作業療法士）が在籍している場合は記載してください。

※資格者証の写しを下記へ糊付け、あるいは別紙添付してください。

※資格保有者氏名の一覧への掲載はありません。

糊付け（資格者証の写し）	糊付け（資格者証の写し）
糊付け（資格者証の写し）	糊付け（資格者証の写し）