

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修支給 事前申請書

フリガナ			保険者番号		2		0		2		1		5		0	
被保険者氏名			被保険者番号													
			個人番号													
生年月日	大・昭 年 月 日				要介護度等											
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日															
住所											電話番号					
住宅の所有者	本人との関係( )															
改修の内容・箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 1. 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 2. 段差の解消 <input type="checkbox"/> 3. 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 <input type="checkbox"/> 5. 便器の取替 <input type="checkbox"/> 6. 付帯工事		(箇所及び規模)		業者名											
					業者連絡先											
					着工予定日		年 月 日									
					完成予定日		年 月 日									
改修予定費用	円															
塩尻市長 様 前のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。 令和 年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名 被保険者との関係																
代理申請を行う事業所情報	事業所名称															
	事業所種別															

注意 ・この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、住宅改修の予定の状態が確認できるものを提出してください。  
・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ください。

住宅改修の承諾(所有者が被保険者と異なる場合に記入)	
令和 年 月 日	
(住宅所有者) 住所 氏名 印 (氏名を自署する場合、押印を省略することができます。)	
私は、上記住所の住宅に、 が「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費事前申請書」の住宅改修を行うことを承諾いたします。	

受付印		申請歴		処理欄	<input type="checkbox"/> 介護度リセット <input type="checkbox"/> 改修先住所変更
-----	--	-----	--	-----	--