

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
氏名
電話番号
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
-----	--	-----	--	-----	--