

【償還払方式】

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前承認申請書

フリガナ			被保険者番号																		
被保険者氏名			生年月日	大・昭	年	月	日														
住 所																					
	電話番号																				
住宅の所有者			被保険者との続柄																		
現在の状況	要支援（1・2） / 要介護（1・2・3・4・5） / 申請中（新規・変更）																				
	在宅 / 入院・入所中 （退院・退所予定日 年 月 日）																				
改修内容	※対象の工事にチェックを付けてください		着工予定日	年	月	日															
	<input type="checkbox"/>	手すりの取り付け（箇所）	完成予定日	年	月	日															
	<input type="checkbox"/>	段差の解消（箇所）	施工事業所名																		
<input type="checkbox"/>	床又は通路面の材料変更	電話番号																			
<input type="checkbox"/>	扉の取り替え																				
<input type="checkbox"/>	便器の取り替え																				
改修費用	円																				
添付書類	※添付した書類にチェックを付けてください																				
	<input type="checkbox"/>	住宅所有者の承諾書（被保険者、その配偶者以外が所有する住宅の場合）																			
	<input type="checkbox"/>	住宅改修が必要な理由書																			
	<input type="checkbox"/>	理由書作成者の資格証明書のコピー																			
	<input type="checkbox"/>	図面																			
	<input type="checkbox"/>	工事内訳書（見積書）																			
	<input type="checkbox"/>	定価記載のカタログ等のコピー（既製品部材を使用の場合）																			
<input type="checkbox"/>	住宅改修の必要性が確認できる写真（日付入り）※段差解消時はスケールをあてたもの																				
居宅介護支援事業者	※いずれかにチェックを付けてください																				
	<input type="checkbox"/>	本申請の被保険者に係る居宅（介護予防）サービス計画は作成されていない。																			
<input type="checkbox"/>	下記介護支援専門員に本申請に係る介護保険住宅改修について連絡済。																				
	(居宅介護支援事業者名)			(介護支援専門員名)																	
<p>大野城市長様</p> <p>下記のとおり住宅改修を行いたいので、関係書類を添えて着工の承認を申請します。また変更のある場合は、新たに住宅改修費の支給申請を行うことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者氏名 印</p>																					

※保険者確認欄

支給履歴	3段階変更	転居	生活保護	給付制限	負担割合	送付先変更
無・有（残 円）	無・有	無・有	無・有	無・有	1・2・3	無・有
認定有効期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日	承認番号		R -		
				担 当	係長	課長