

## 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	オオノ ジョー		被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	0	0
被保険者氏名	大野 ジョー		生年月日	大	昭	20	年	1	月	1	日		
住 所	大野城市曙町2丁目2番1号												
	電話番号 092-501-2211												
住宅の所有者	大野 太郎			被保険者との続柄	長男								
介護度	要支援（1・2） / 要介護（①・2・3・4・5）										※入院・入所中、新規・変更申請中の受領委任払い方式での申請はできません		
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	R 8 年 2 月 22 日								
	<input checked="" type="checkbox"/>	手すりの取り付け	（ 3 箇所）	完成予定日	R 8 年 2 月 22 日								
	<input checked="" type="checkbox"/>	段差の解消	（ 1 箇所）										
	<input type="checkbox"/>	床又は通路面の材料変更											
	<input type="checkbox"/>	扉の取り替え											
	<input type="checkbox"/>	便器の取り替え											
改修費用	200,000 円			施工事業所名	(有)大野城介護工務店								
添付書類	※添付した書類にチェックを付けてください												
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	住宅改修が必要な理由書											
	<input checked="" type="checkbox"/>	理由書作成者の資格証明書のコピー											
	<input checked="" type="checkbox"/>	図面											
	<input checked="" type="checkbox"/>	工事内訳書（見積書）											
	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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)						
	大野城市基幹型包括支援センター						大野まどか						
大野城市長様													
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。別添見積書のとおり住宅改修をすること、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。													
また、当該申請に基づく住宅改修費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。													
令和 8 年 2 月 1 日													
被保険者氏名	大野 ジョー												
受取人	【住 所】〒 816 - 8510			【電話番号】			092-501-2306						
	大野城市瓦田4丁目2-1												
	【事業所名】			【代表者氏名】			代表取締役 大野二郎						
	(有)大野城介護工務店												
事業所													

※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 -	