

※保険者確認欄 給付制限：無・有（平成 年 月 日～平成 年 月 日） 支給履歴：無・有（残 円/3段階変更 無・有/引越 無・有）	担当	係長	課長	決裁

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前承認申請書(償還払方式)

ふりがな	オオノ ジョー		被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	0	0
被保険者氏名	大野 ジョー		介護度	支(1・2)・介(1)・2・3・4・5)								
生年月日	明(大)昭 10 年 1 月 1 日生	性別	(男)・女									
住所	〒 816 8510 福岡県大野城市曙町2丁目2番1号 電話番号 092-501-2211											
住宅の所有者	大野 太郎 被保険者との関係 (長男)											
現在の状況	(在宅)・入院/入所中(退院・退所予定日： 年 月 日)											
着工予定日	令和 5 年 4 月 2 2 日	業者名	(有)大野城介護工務店									
改修の内容	手すりの取付、段差の解消 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	電話番号	000-000-0000									
改修費用	200,000 円											
添付書類	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 図面 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修の必要性が確認できる写真(日付入り) <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)											
居宅介護支援事業者 ※いずれかにチェック	<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"/> 担当の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) 大野城市基幹包括支援センター 大野まどか											
大野城市長様 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。 令和 5 年 4 月 1 日 ※住所・電話番号が被保険者と同じ場合は「同上」可。 申請者 住所： 同上 電話番号： 同上 氏名： 大野 ジョー 印 被保険者との続柄： 本人												

↓ 被保険者氏名・住所(太枠内)を記入してください。日付は記入しないでください。

(公印省略)

年 月 日

〒 816 - 8510
住所 福岡県大野城市曙町2丁目2番1号
名前 大野 ジョー 様

大野城市長 井本 宗司
(介護支援課 介護サービス担当)

年 月 日付で申請のあった住宅改修(償還払)の事前申請について、承認しましたので、通知します。
工事完了後は、「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(償還払い方式)」に関係書類を添えて提出してください。

承認受付印	
-------	--

≪問い合わせ先≫ 大野城市役所 介護支援課 介護サービス担当
〒816-8510 大野城市曙町2丁目2番1号
TEL 092-580-1860 FAX 092-573-8083