

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修工事事前承認申請書

- 償還払い
 受領委任払い

羽村市長 宛

次のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修工事事前承認を申請します。

フリガナ			保険者番号			1	3	2	2	7	4
被保険者氏名 (申請者)			被保険者番号								
			生年月日	明・大・昭		年	月	日			
住 所	〒205- 羽村市 電話番号										
住宅の所有者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外		所有者氏名： 本人との関係：								
介護保険の 住宅改修利用	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り										
改修内容	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> その他上記の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修			改修箇所	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 居室(居間・寝室) <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> その他()						
施工事業者	受領委任払契約締結： 有・無										
工事予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
改修費見積額 (総額)	※税込金額で記入してください。 (左のうち介護保険対象分) 円 円										

添付書類 理由書 見積書 図面 住宅所有者の承諾書(裏面) 改修前の写真
 (工事費内訳書など) (住宅が、本人の所有でないか共有である場合)

(市記入欄)

(受 付 印)

介 護 度	支援 1・2 介護 1・2・3・4・5 (認定期間) ~	
介護保険料未納	有・無	リセット 無・転居 既適用有・三段階 既適用有
住宅改修履歴	有・無	(利用限度額残額) □ 円 ※200,000-履歴の保険対象額
居宅介護支援	有・無	訪問調査 / :
備 考	担当者確認	
	自己負担額:()割	

保険対象額	円	支給予定額	円
-------	---	-------	---

住宅改修工事承諾書

氏名	
住所	羽村市

羽村市長 宛

私の所有する家屋について、上記の者が住宅改修工事を行うことについて承諾します。

年 月 日

〔住宅所有者〕

住所

氏名

続柄

※住宅が申請者の所有するものでない場合に記入してください。
※共有の場合には、共有者全員の承諾が必要となります。