

介護保険居宅介護(予防)住宅改修事前承認申請書

フリガナ		保険者番号		2	5	2	1	4	8	
被保険者氏名		被保険者番号								
		個人番号								
生年月日	年 月 日生									
住所	〒 米原市 電話番号									
住宅の所有者										
本人の状況	・在宅 ・入院または入所中【退院(所)予定日： 年 月 日】									
入院または入所の予定	・ない ・ある 【予定日： 年 月 日】									
改修予定事業者		改修予定費用								円
		着工予定日	年	月	日					
小規模利用の有無	有 ・ 無		完了予定日	年	月	日				

改修の内容・箇所および規模 □にはレ点、()内には箇所等を記入

- 手すりの取り付け ()
- 段差解消 ()
- 滑り防止および移動の円滑化等のための床材または通路面の材料変更 ()
- 引き戸等への扉の取替え ()
- 和式便器から洋式便器への取替え ()
- その他付帯工事 ()

米原市長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)住宅改修費の事前承認の申請をします。

年 月 日

住所

申請者

電話番号

氏名

被保険者との関係 ()

【事前承認申請添付書類】

- 住宅改修が必要な理由書
 - 改修予定費用の見積書
 - 改修予定箇所等がわかる平面図
 - 改修予定箇所の日付入り写真
 - 住宅改修承諾書(被保険者が住宅の所有者と異なる場合)
- 注意：入院または入所中の場合の事前申請は行えますが、支給申請はできません。

☆承認(不承認)連絡先 (保険者記入) ・申請者 ・その他 ()	課長	補佐	リーダー	担当	合議