

事前

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修事前承認申請書

太枠内を記入してください。

フリガナ 被保険者氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	保険者番号	2 0 4 1 5 6	
			被保険者番号	0 0 0 0 0	
生年月日	大・昭 年 月 日生		介護度	要支援 1 2	要介護 経過的 1 2 3 4 5
住所	〒395-11 喬木村 電話番号 -		認定 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
住宅の所有者	本人との関係()				
改修業者名			着工予定日	年 月 日	
改修予定額	円		完成予定日	年 月 日	
介護保険対象分	円				
改修内容	内容		改修箇所		
	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け				
	<input type="checkbox"/> 段差の解消				
	<input type="checkbox"/> 床または通路面の材料の変更				
	<input type="checkbox"/> 扉の取替え				
<input type="checkbox"/> 洋式便器等への取替え					
喬木村長 様 関係書類を添えて、上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 ()			申請書の提出者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 <input type="checkbox"/> その他() 住所又は所在地 氏名又は名称 電話 ()		

※添付書類

住宅改修が必要な理由書 見積書 改修前の写真 改修前後の見取り図 承諾書

保険者記入欄			
①既支払済額	円	介護保険住宅改修履歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
②限度額(20万円-①)	円	既改修箇所との重複	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
③今回介護保険対象額	円	確認	<input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 写真
④支給予定額(②③で少ない方)	円		<input type="checkbox"/> 見取り図 <input type="checkbox"/> 承諾書