

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修承認申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		3		9		4		0		2		3	
	被保険者番号		4		0		2		0					
	個人番号													
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別		男・女									
住所	佐川町 (アパート・マンション・町営・県営 号室)													
住宅の所有者	本人との関係 ()													
改修の内容・ 箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 <input type="checkbox"/> その他上記の改修に必要な付帯工事 ()		業者名											
			着工 予定日		令和		年		月		日			
改修見積額 ※介護保険対象部分のみ			円											
佐川町長様 上記のとおり住宅改修を実施したいので、関係書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印														

- 添付書類 ・住宅改修が必要な理由書
 ・工事費見積書
 ・住宅改修後の完成予定の状態のわかるもの(写真と簡単な平面図を用いたもの)
 ・住宅改修を行う住宅の所有者が当該利用者でない場合は住宅の所有者の承諾書

佐川町記入欄

確認事項													
<input type="checkbox"/> 住宅改修が必要な理由書 <input type="checkbox"/> 工事費見積書 <input type="checkbox"/> 完成予定の状態の分かるもの <input type="checkbox"/> 住宅の所有者の承諾書													
給付 残高	円		介護保険 適用費用額	円		支給 予定額	円						
上記申請について住宅改修を承認・不承認とします。				課長	課長補佐	包括管理者	係長	係					
令和 年 月 日													
※不承認理由 ()													