

## 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前申請書(償還払用)

フリガナ			保険者番号			2	8	3	8	2	0
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒 ー 播磨町 電話番号 ( ) ー										
住宅の所有者	本人・その他 ( 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 (箇所 )					業者名					
	<input type="checkbox"/> 段差の解消 (箇所 )					担当者及び 連絡先					
	<input type="checkbox"/> 床材の変更 (箇所 )					着工予定日		平成 年 月 日			
住宅改造 助成事業	<input type="checkbox"/> 併用する <input type="checkbox"/> 併用しない					完成予定日		平成 年 月 日			
	改修予定費用 総額(税込) 円										
播磨町長様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修の事前申請をします。 平成 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 ㊟											

【注意】 ・この申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由書、工事費見積書、改修予定箇所  
が確認できる写真(撮影日が入ったもの)、平面図、住宅の所有者の承諾書(必要な場合)等を添付して下さい。

## (町記入欄)

保険料未納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5	認定期間	添付書類 (工事前) <input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> 工事費見積書 <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 写真(工事前) <input type="checkbox"/> 承諾書
給付実績 (残額 円) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> リセット・転居	支給対象工事金額 (保険給付額)	円	( 円)		
利用者負担割合	住宅改造併用(同時申請)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

【決裁欄】 上記申請について、承認・不承認 通知書を交付します。 決裁日：平成 年 月 日				
統括	リーダー	グループ員	担当	備考 (確認番号 住償 - )

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前申請書(償還払用)

所有者が本人及び配偶者以外の場合は承諾書が必要です

ハリマ タロウ		保険者番号	2 8 3 8 2 0
播磨 太郎		被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
生年月日	昭和 1 5 年 1 0 月 1 0 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒675-0182 播磨町東本荘1丁目5番30号 電話番号(079)435-0355		
住宅の所有者	本人 ・ その他 ( 本人との関係: )		
改修の内容 (箇所及び規模)	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け (箇所 玄関、廊下 )	業者名	○×建築(株)
	<input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 (箇所 玄関 )	担当者及び 連絡先	担当者: ○× 連絡先: 435-××××
	<input type="checkbox"/> 床材の変更 (箇所 )	着工予定日	平成27年 ○月 ×日
	<input type="checkbox"/> 引き戸等への取替え (箇所 )	完成予定日	平成27年 ○月 ×日
住宅改造 助成事業	<input type="checkbox"/> 併用する <input checked="" type="checkbox"/> 併用しない	完成予定日	平成27年 ○月 ×日
改修予定費用	総額(税込) 円		

※改修費用は記入しないでください

住宅改造助成事業の併用の有無を記入してください。介護保険住宅改修費の支給申請が初回の方で、工事費が20万円を超える場合は住宅改造助成事業の対象となる可能性があります。住宅改造助成事業の問合せ先は播磨町福祉グループです

申請者は被保険者本人の名前を記入してください

押印してください

以下は保険者が使用しますので記入は不要です。

(町記入欄)

保険料未納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5	認定期間	添付書類
給付実績 (残額 円)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> リセット・転居	支給対象工事金額 (保険給付額)	( 円)	円	(工事前) <input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> 工事費見積書 <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 写真(工事前) <input type="checkbox"/> 承諾書
利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

決裁欄

上記申請について、承認・不承認 通知書を交付します。

決裁日:平成 年 月 日

統括	リーダー	グループ員	担当	備考 (確認番号 住償 - )