介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費事前審査確認書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号 被保険者番号	
生年月日	年　月　日生	性別	男　・　女
住所	〒 電話番号　（　）		
改修の内容・箇所及び規模		業者名	
		着工日	年　月　日
		完成日	年　月　日
改修予定費用	円		
住宅所有者	（本人との関係：　）		
添付書類	見積書、住宅改修の理由書、現況写真（日付入)、平面図		

田村市長様

上記のとおり居宅介護(介護予防)住宅改修を行いたいので、注意事項に同意の上、関係書類を添えて事前に申請します。

年　月　日

申請者　住所
氏名　印　電話番号　（　）

住宅改修の承諾書

私は、上記事前審査確認書の住宅改修ついて承諾いたします。

年　月　日

（住宅所有者）住所
氏名　印

※注意事項

①認定結果が「非該当」の場合は給付対象外です。

②入院・入所中の申請の場合は、退院・退所後、在宅生活となってから給付対象です。

市役所 確認欄	年　月　日 承認　・　不承認　保健福祉部高齢福祉課