|  |
| --- |
| 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 |  |
|  |
|  |