

介護保険居宅介護(介護予防) 住宅改修費事前届出書

フリガナ			保険者番号	1 4 3 6 1 0					
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	大・昭・平	年	月	日生	性別	男 ・ 女			
住所	〒			電話番号					
住宅の所有者	本人との関係( )								
改修の内容・箇所及び規模			業者名						
			着工予定日	年		月		日	
			完成予定日	年		月		日	
改修見積額	※ 介護保険対象部分のみ								
円									
<p>中井町長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修を行なうことを届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p>									

(添付書類)

- ・所有者の承諾書(改修を行なう住宅の所有者が当該被保険者でない場合のみ提出)
- ・住宅改修が必要な理由書
- ・工事費内訳書
- ・住宅改修箇所見取図

※ 工事完了後、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修支給申請が必要です。

町記入欄

確認事項		上記の届出について、下記のとおり決定してよろしいか								
未納保険料	有・無	年 月 日								
利用限度額	200,000 円	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 理由								
既利用金額	円									
利用金額残	円									
今回利用見込額	円									
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">課長</td> <td style="width: 33%;">主任</td> <td style="width: 33%;">課員</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			課長	主任	課員			
課長	主任	課員								