

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号				3	9	4	0	1	5
	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	明・大・昭	年		日	性別	男・女				
要介護度		有効期間	～							
住所	〒789-		中土佐町		電話番号	-	-			
住宅の所有者	本人との関係（ ）									
改修の内容	1 手すりの取付け				改修予定業者名					
	2 段差の解消				着工予定日	年 月 日				
	3 滑りの防止・移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更									
4 引き戸等への扉の取替え				箇所及び規模						
5 洋式便器等への便器の取替え										
6 その他1～5の住宅改修に付帯して必要な住宅改修										
改修予定費用額	円									
住宅改修が必要な理由 ※介護支援専門員等が記載します	(理由書を添付している場合は記載不要)									
<p>中土佐町長 様</p> <p>介護保険住宅改修について、受領委任払い制度を適用することを同意いたします。</p> <p>また、上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修の事前承認を受けたいので申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号（ ） -</p> <p style="text-align: center;">氏名 ㊟</p>										

※添付書類

- 住宅改修が必要な理由書
- 改修予定費用の見積書
- 改修予定箇所等がわかる平面図
- 改修予定箇所の日付入りの写真
- 住宅改修の承諾書（借家の場合）
- ケアプラン（介護サービス利用者のみ）

※保険者記入欄（記入しないでください。）

算 定 式	A	支給限度基準額	円	
	B	既に支給済の支給対象額総額	円	
	C	A - B	円	
	D	今回の支給対象額	円	
	E	C 又は D の少ないほうの額 × 90%（小数点切捨て）	円	円

※支給対象者が入院、入所中に亡くなられた場合は、サービス費の支給申請は取り下げとさせていただきます。その場合、改修費用は全額自己負担となりますので、ご了承ください。