介護保険居宅介護（支援）住宅改修費
支　給　事　前　承　認　申　請　書

フリガナ		保険者番号	0 1 3 9 2 0
被保険者氏名		被保険者番号	
生　年　月　日	明･大･昭　　年　　月　　日	性　　別	男　・　女
要介護状態区分	要支援1　要支援2　　要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5		
認定有効期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日		
住　　所	電話　　－　　－		
改修対象家屋	所　在　地	※所在地が被保険者の住所と同じ場合は記入不要	
	所有者氏名	申請者との関係	
改修の内容・箇所及び規模 工事種別ごとに記載 種別・箇所に〇 数量・長さ面積等の規模を記載してください。	工事種別　(1)手すり　(2)段差　(3)床材　(4)引戸　(5)便器 箇　　所　トイレ　浴室　居室　玄関　廊下　（　　） 規　　模	業者名	
		着工予定日	年　　月　　日
		完成予定日	年　　月　　日
改修費用見積額	工事にかかった費用の総額（A）　円	介護保険の支給対象となる住宅改修の費用（B）　円	既に介護保険の給付を受けた住宅改修費用（C）　円
			予定給付額（D）　円

寿　都　町　長　様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）住宅改修費支給の事前承認を申請します。

年　　月　　日

〒

申　　請　　者
（被保険者本人）

住　　所

氏　　名　　㊞

申請に来庁した方の氏名（続柄・所属）

※ この申請について連絡ができる家族の方の氏名･続柄･連絡先電話

注意
　この申請書には、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を記した理由書、住宅改修に要する費用の見積書、住宅改修費支給にかかる工事施工内訳書、改修着工前の状態が確認できる書類を添付してください。
　改修を行う住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

寿都町確認欄

添付書類
- ☐　改修費用見積書
- ☐　住宅改修が必要な理由書
- ☐　改修予定箇所がわかる図面
- ☐　改修予定箇所の写真

保険料納付状況
未納保険料（　有　・　無　）
滞納保険料（　有　・　無　）