

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費事前承認申請書[償還払]

保険者番号	2	8	2	1	9	4	被保険者番号											
							個人番号											
フリガナ											生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和						
被保険者氏名																		
住所	〒 三田市										電話番号 - -							
住宅の所有者	<input type="checkbox"/> 被保険者が所有 <input type="checkbox"/> 被保険者以外が所有 → 上記の被保険者が介護保険の住宅改修を行うことを承諾します。 住所 被保険者との関係( ) 氏名 電話番号 - -																	
改修の内容・箇所・及び規模	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> その他住宅改修に付帯して必要となる住宅改修																	
改修予定金額	総額 円										三田市高齢者住宅改造費助成事業併用の有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
住宅改修施工事業者	住所又は所在地										電話番号 - -							
	氏名又は名称										(担当者名: )							
居宅介護(介護予防)支援事業者等	事業所名称										担当者名							
着工予定日	令和 年 月 日										完成予定日				令和 年 月 日			
三田市長 あて 上記のとおり[償還払]にて住宅改修を行いたいので、事前承認申請をします。また、結果については、上記担当者に通知して下さい。 令和 年 月 日 住所 申請者 (被保険者) 氏名 (自署) (※)																		
																受付印押印欄		

※太枠内の必要事項に記入して下さい。訂正する場合は、二重線で抹消し訂正印を押印して下さい。

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

【注意事項】

- 事前承認申請書に下記の書類を添付してください。
  - 住宅改修が必要な理由書(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載した書類)
  - 住宅改修箇所計画図(改修箇所及び内容が確認できる書類)
  - 住宅改修予定箇所の写真(現況(改修前)写真(日付入り))
  - 工事費見積書(内訳がわかるもの)
- 改修を行う住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾を受けてください。
- 県営住宅・市営住宅などの賃貸住宅の場合、別紙にて同意書を添付してください。

(三田市記入欄)

書類確認	<input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> 計画図 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 所有者承諾書(別紙の場合)																	
保険料滞納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		給付制限		<input type="checkbox"/> 償還払化 <input type="checkbox"/> 一時差止 <input type="checkbox"/> 給付額減額													
認定結果	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5																	
	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 変更(介護)申請		有効期間:令和 年 月 日から令和 年 月 日															
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割																	
利用実績	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 一部利用有 <input type="checkbox"/> 一部別件申請中( 円) <input type="checkbox"/> リセット( <input type="checkbox"/> 三段階 <input type="checkbox"/> 住所)																	
①実績支給基準額	円					②実績支給額					円							備考 (確認先: ) <input type="checkbox"/> 基準額超自己負担了承
③残支給基準額	円					④残支給額					円							
⑤今回支給基準額	円					⑥今回支給予定額					円							
令和 年 月 日																		
上記事前承認申請について、次のとおり決定してよろしいか(伺い)																		
<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認[理由: ]																		
課長	副課長	係長				係	保険料	完結年月日				台帳						
								令和 年 月 日				NO.						