

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前確認書【受領委任払用】

フリカゝナ			保 険 者 番 号				2	8	2	0	8	7	
被保険者氏名			被保険者番号		2	0	8	0	0				
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	要 介 護 度	要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５										
住 所	〒 電話番号												
住宅の所有者	本人との関係（ ）												
住宅改修が必要な理由書作成者	事 業 者 名												
	氏 名						資 格						
施 工 業 者	名 称							担当者名					
	所 在 地												
	電 話 番 号	（ ）											
改 修 箇 所	☐ 浴 室 ☐ 便 所 ☐ 玄 関 ☐ 居 室 ☐ 台 所 ☐ 洗 面 所 ☐ 廊 下 ☐ 階 段 ☐ そ の 他 （ ）												
着工予定日	年 月 日 予定		完成予定日	年 月 日 予定									
確認事項	☐ 申請時現在、医療機関に入院又は介護保険施設に入所していない												
提出書類	☐ 住宅改修が必要な理由書 ☐ 工事見積書 ☐ 住宅改修前の状態が分かるもの（写真及び図面）												
（あて先）相生市長 上記のとおり介護保険居宅介護（支援）住宅改修を実施したいので関係書類を添えて、相談・確認します。 年 月 日 所在地 事業所番号 申請者 電話番号 （受領委任事業所） 事業所名 電話番号 代表者氏名 上の事業所に居宅介護（予防）住宅改修費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名													
【以下相生市記入欄】													
保険料滞納	☐ 無 ☐ 有	利用実績 ☐ 初めて ☐ 一部利用済 ☐ 一部別件申請中					支給限度額 （残額）						円
給付制限	☐ 無 ☐ 有												
上記申請について、下記のとおり決定します。 年 月 日 ☐ 承認 ☐ 不承認 理由（ ）													
					室長	主査	主査	係員	係				