様式第１号

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前確認申請書（受領委任払用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 被保険者番号 | | | |  | | |  |  |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |
| 被保険者  氏　　名 |  | | | | | 個人番号 |  | |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  | |
| 生年月日 | 年　　月　日生 | | | | | 性　別 | | | | 男　　　　・　　　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護度 | 要支援　　　１　　　２ | | | | | 要介護　　　１　　　２　　　３　　　４　　　５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間 | 年　　月　　日　　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　－ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新庄市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 |  | | | | 被保険者との関係 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工事箇所及び工事内容 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
| 着工予定日 | 年　　月　　日 | | | | 見　積　金　額 | | | | | | 円（消費税込） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施工業者 | 登録番号 |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出人 | 事業所名  担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 改修済額 | 円 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新庄市長  上記のとおり、関係書類を添えて申請します。  年　　月　　日  申請者　住　所  　　　　氏　名　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊着工可能の承認については上記改修内容を承認するものであり、正式な給付決定を行うものではありません。被保険者の住宅改修履歴等によっては、支給できないことがあります。  ＊以下、保険者記載欄（保険者使用欄ですが、下記書類が添付されているか確認のうえ届出ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | □同意書  □住宅改修の承諾書（被保険者が住宅の所有者で無い場合） ＊住宅の所有者が共有名義になっている場合は共有者全員からの承諾書が必要です □住宅改修が必要な理由書（ケアマネージャー等が作成したもの） □工事費の見積書 □カタログの写し（設計図など） □平面図（生活動線、改修箇所や規模を記載したもの） □改修予定箇所の写真（日付が入っており、改修後の予定が確認できるもの） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| 介護保険料未納額 | 円 | | 給付制限 | 有・無 | | | 給付額リセット | | | | | | | 有・無 | | | | 給付残高 | | | | 円 | | | | |