

介護保険 居宅介護（介護予防）住宅改修事前協議書(受領委任払用)

* 協議内容及び提出書類に変更があった場合は、速やかに申し出てください。

フリガナ		保険者番号		3	5	3	4	3	3
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日								
住 所	〒 電話番号								
住宅の所有者	(氏名) (本人との関係)								
改修の内容	施工業者名								
	着工予定日		年 月 日						
改修予定費用	円								
住宅改修の施工及び居宅介護(介護予防)住宅改修費の代理受領予定事業者	名称								
	代表者氏名 印								
	住所又は所在地								
	電話番号								
田布施町長 様 上記のとおり居宅介護（介護予防）住宅改修事前協議の申し出をします。 年 月 日 〒 申出者 住所 氏名 電話番号									
事前申請の確認連絡先	被保険者 ・ ケアマネジャー ・ その他 ()								
	住所 (※事業所名) 氏名 電話番号								
※ケアマネジャーは事業所名を記載									
※入院・入所中の場合 退院・退所予定日 年 月 日 退院・退所しなかった場合は、居宅介護住宅改修費及び介護予防住宅改修費の支給に係る申請はいたしません。 年 月 日 申出者 住所 氏名 電話番号									

事前確認欄〈町記入〉					確認印	
確認日	年	月	日	介護度 ()		
改修の種類	対象工事		備 考	改修履歴	支給済額	
(1) 手すりの取付け	全部	一部				
(2) 段差の解消	全部	一部				
(3) 床材等の変更	全部	一部				
(4) 扉の取替え	全部	一部				
(5) 付帯工事	全部	一部				
(6) その他	全部	一部				
支給基準額は原則20万円を上限とします。					結果連絡	/

- 〈添付書類〉 ○住宅改修理由書 ○工事費見積書
 ○改修前の状態がわかる日付入り写真
 ○住宅の所有者の承諾書（被保険者と住宅の所有者が異なる場合）
 ○見取り図等（以前改修した部分についてもわかるように記入してください）