

介護保険居宅介護（支援）住宅改修費〈事前審査〉申請書

フリガナ			保険者番号			0	9	3	8	4	9
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	大 ・ 昭 年 月 日生										
住 所	〒 電話番号										
住宅の所有者	本人との関係 （ ）										
改修の内容 ・ 箇所及び規模	施工事業所名										
	着工予定日			年 月 日							
	完成予定日			年 月 日							
改修予定額	円（税込）										
支給申請予定額	円										

塩谷町長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）住宅改修費の事前審査を申請します。

年 月 日

申請者 住 所
(被保険者)

電話番号

氏 名

印

添付書類

1. 介護支援専門員（ケアマネジャー）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
2. 工事費見積書
※改修箇所ごとの材料費（メーカー・材質・単価・数量等）・施工費、介護保険対象部分が明確であるもの
3. 改修予定箇所ごとの日付入りの写真
※予定箇所に印をつけるなど、できるだけわかりやすいもの
※写真だけでわかりにくい場合は図面等
4. 住宅所有者の承諾書（住宅の所有者が当該被保険者でない場合のみ）

※ 書類で不十分な場合等、現場を確認させていただくことがありますので、ご協力をお願いします。

塩谷町処理欄

上記の内容を事前承認し、申請者に教示してよろしいか伺います。

起 案 者

印

課 長	主 幹	課長補佐	担 当

決裁年月日 年 月 日

通知年月日 年 月 日