

## 介護保険住宅改修着工承認申出書

|   |                |       |   |       |             |
|---|----------------|-------|---|-------|-------------|
| フリガナ  |                |       | 保険者番号   |       | 2 2 2 1 5 8 |
| 被保険者氏名  |                |       | 被保険者番号  | 0 0 0 |             |
| 生年月日  | 明治<br>大正<br>昭和 | 年 月 日 | 性別  | 男 ・ 女 |             |
| 住所  | 〒412-<br>御殿場市  |       |   |       |             |
|   |                |       | 電話番号  |       |             |
| 住宅改修の種類（該当項目を選択する）  |                |       | 住宅改修の場所（該当項目を選択する）  |       |             |
| <input type="checkbox"/> (1) 手すりの取付け<br><input type="checkbox"/> (2) 段差の解消<br><input type="checkbox"/> (3) 滑り防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更<br><input type="checkbox"/> (4) 引き戸等への扉の取替え<br><input type="checkbox"/> (5) 洋式便器等への便器の取替え<br><input type="checkbox"/> (6) その他 (1) から (5) の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修 |                |       | <input type="checkbox"/> (1) 玄関・通路<br><input type="checkbox"/> (2) 居室<br><input type="checkbox"/> (3) 台所<br><input type="checkbox"/> (4) 浴室<br><input type="checkbox"/> (5) 便所<br><input type="checkbox"/> (6) 玄関から道路までの通路等<br><input type="checkbox"/> (7) その他 ( ) |       |             |
| 御殿場市長 様<br><br>上記のとおり、介護保険法に基づく住宅改修の着工承認を申し出ます。<br><br>平成 年 月 日<br><br>住所<br><br>申請者 氏名 印 （被保険者との関係： ）<br><br>電話番号  |                |       |   |       |             |

※ この申出書に、「住宅改修が必要な理由書」・「改修工事の図面」・「工事費の見積書」・「改修箇所の改修前の写真」・「住宅の所有者の承諾書」（利用者と所有者が違う場合）を添付してください。

|   |       |   |
|---|-------|---|
| <h3 style="margin: 0;">介護保険住宅改修着工承認（不承認）書</h3>  |       |   |
| <input type="checkbox"/> 上記申出による住宅改修の着工を承認します。承認期間は、申請日現在の認定有効期間とします。工事完了後、「介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書」・「領収書」・「工事費内訳書」・「改修箇所の改修後の写真」を提出して下さい。<br><input type="checkbox"/> 上記申出による住宅改修は、介護保険の支給対象にならない見込みです。 |       |   |
| 平成 年 月 日  | 御殿場市長 | 印 |
| 備考  |       |   |