

## 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 大正 昭和	年 月 日	性別	男 ・ 女							
住所	〒412- 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 <input type="checkbox"/> (2) 段差の解消 <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 <input type="checkbox"/> (4) 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> (5) 洋式便器等への便器の取替え <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 <input type="checkbox"/> (2) 居室 <input type="checkbox"/> (3) 台所 <input type="checkbox"/> (4) 浴室 <input type="checkbox"/> (5) 便所 <input type="checkbox"/> (6) 玄関から道路までの通路等 <input type="checkbox"/> (7) その他 ( )					
御殿場市長 様  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。  年 月 日  住所  申請者 氏名 印 （被保険者との関係： ）  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。 <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。	
年 月 日	御殿場市長 印
備 考	