

介護保険住宅改修着工承認申出書

フリガナ		保険者番号		1	0	2	0	9	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日 生								
住所	〒 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) 滑りの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()				
複数事業者からの見積もり取得の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>									
<p>(あて先) 藤岡市長</p> <p>上記のとおり、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく住宅改修の着工承認を申し出ます。 なお、貴職が、当該承認及び居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給にあたり、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を参照することに同意します。</p> <p style="text-align:center;">年 月 日</p> <p style="text-align:right;">住所 申請者 氏名 印 (被保険者) 電話番号</p>									

注意 ・署名の場合、押印は不要です。
 ・この申出書に、改修が必要な理由書(指定様式)、工事費内訳書及び間取り図等を添付してください。

介護保険住宅改修着工承認（不承認）書	承認番号	
<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、認定有効期間とします。 ただし、下記の特記事項に御留意ください。 <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 藤 岡 市 長 印		
特記事項		