

介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書(事前申請用)

フリガナ		個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																
被保険者氏名		保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>																
被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;">3</td><td style="width: 5%;">0</td><td style="width: 5%;">3</td><td style="width: 5%;">0</td><td style="width: 5%;">0</td><td style="width: 5%;">0</td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>	3	0	3	0	0	0												
3	0	3	0	0	0														
生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女																
要介護度		有効期間	年 月 日～ 年 月 日																
住 所	〒498-08 木曾岬町大字 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	<input type="checkbox"/> 手すりの取り付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑り防止及び移動の円滑化などのための床または通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取り替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取り替え <input type="checkbox"/> その他	業 者 名																	
		着工予定日	令和 年 月 日																
		完成予定日	令和 年 月 日																
		箇所及び規模																	
改修費用	金 円																		
<p style="text-align: center;">木曾岬町長 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)住宅改修費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 桑名郡木曾岬町大字 氏名 電話番号 - -</p>																			

添付書類 ・ 工事内訳書 ・ 撮影日の入った改修前の写真 ・ 工事図面 ・ 理由書(承諾書)