

# 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費事前申請書（償還払い）

フリガナ			被保険者番号	0	0	0							
被保険者氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日									
				個人番号★									
住所	郵便番号（〒675-）												
	加古川市												
連絡先TEL（ ）													
<input type="checkbox"/> 要支援・ <input type="checkbox"/> 要介護			認定有効期間	年 月 日～年 月 日									
改修内容	改修家屋の所有者			被保険者との続柄									
	改修の種類	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え											
	改修業者名	連絡先TEL（ ）											
	着工予定日	年 月 日から着工予定											
来庁者氏名 <small>この申請書を提出される方</small>			<input type="checkbox"/> 続柄（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 改修業者 連絡先TEL（ ）										
住宅改造助成事業の申請有無	・制度の説明を受けた ⇒ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 住宅改造を申請する。 ※原則住宅改修の初回申請時しか併用できません。 <input type="checkbox"/> 住宅改造を申請しない。												
加古川市長様  上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の事前申請を します。なお、必要に応じて市が申請内容に加筆修正を行うことに同意します。  年 月 日  申請者 住所 加古川市 （被保険者）  氏名（自署又は記名・押印）													

※ 太枠内をすべて記入してください。

- (注) ①この申請書に、住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、改修予定の図面（平面図）、住宅改修予定箇所の日付入りの写真等を添付してください。
- ②改修を行う住宅の所有者が被保険者本人でない場合は、所有者の承諾書もあわせて添付してください。所有者が被保険者本人又は配偶者の場合は添付不要です。
- ③被保険者が現に居住する住民票の住所地の住宅のみが対象となります。
- ④介護認定期間外に着工・完了した場合は対象になりません。
- ⑤書類提出から承認決定まで約2～3週間かかりますので、余裕をもって申請してください。なお、書類提出後に書類の修正や追加をお願いする場合があります。

★個人番号欄に記載した場合は、個人番号が確認できる書類（マイナンバーカード等）及び被保険者の本人確認書類（※顔写真付きは1点、それ以外は2点）が必要です。

		受理番号	割合	割合
改修履歴	<input type="checkbox"/> 履歴なし	認定	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新
	<input type="checkbox"/> 履歴あり（ . . / ）	状況	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 入所中
リセット対象	<input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 転居	資格	<input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 生保
申請済額	円	申請有無	<input type="checkbox"/> 住宅改造あり	
残額	円	備考		

