

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費事前承認申請書【償還払】

申請者	フリガナ	アマガサキ イチロウ	保険者番号	282020
	氏名	尼崎 一郎	被保険者番号	100XXXXXX
	生年月日	昭和 ○年○月○日		
	住所	〒 660-0000 電話(06) 0000 - 0000 尼崎市七松町○丁目○番○号		

介護保険者証と相違ないか必ず確認して下さい!

※同居親族、本人所有以外は承諾書が必要! ※別居親族、家主等は承諾書必ず添付

住宅の所有者	氏名 尼崎 太郎	本人との関係()	長男
工事の内容・箇所及び規模	<input checked="" type="checkbox"/> (1)手すりの取付け <input checked="" 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必要となる住宅改修		

施工業者	〒 660-0000	令和 ○年○月○日
	電話 (06) 0000 - 0000	FAX (06) 0000 - 0000
	事業者所在地 尼崎市今福○丁目○番○号	
	事業者名称 福○工務店	
代表者氏名 今○福○		

※居宅介護サービス計画作成契約をしていない場合、下記を空欄にしてください。またその場合、別途資格者証の写し(福祉住環境コーディネーター・介護支援専門員)を添付してください。

※居宅介護支援事業者名	居宅介護支援事業所△△△△	※介護支援専門員氏名	介護 保子
	電話(06) 0000 - 0000		必ず内訳書の金額
着工予定日	令和 ○年○月○日	介護保険対象工事予定費用額	200,000 円

尼崎市長 あて 令和 ○年○月○日
上記のとおり償還払にて住宅改修を行いたいので事前承認申請をします。

申請者 住所 尼崎市七松町○丁目○番○号
(被保険者)氏名 尼崎 一郎

■備考(被保険者が入院中で、改修工事完了後に退院する場合等、至急の旨ご記入ください。)

住宅改造併用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
-----------	--

(注意事項)

1. 日付等、すべて漏れのないよう記入してください。
2. 提出前に、添付書類に漏れがないかよく確認してください。
3. 施工事業者は、被保険者証の給付制限欄(支払方法変更・給付額減額)を見て申請者の自己負担額を確認してください。
4. 入院・入所中の場合、支給申請書は退院・退所後にご提出をお願いします。

受付印

【尼崎市記入欄】

保険料滞納: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 給付率: /100	認定結果	理由書1	理由書2	計画図	写真	内訳書
給付制限: <input type="checkbox"/> 償還払化 <input type="checkbox"/> 一時差止 <input type="checkbox"/> 給付額減額	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護2	承諾書	資格証			
限度額 円	支給対象額 円					

上記申請について、下記のとおり決定し、通知します。

令和 年 月 日

承認 不承認(理由)

課長	係長	係	受付者
----	----	---	-----

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書【償還払】

受付番号

申請者(被保険者)	フリガナ	アマガサキ イチロウ	保険者番号	282020
	氏名	尼崎 一郎	被保険者番号	100XXXXXXX
	生年月日	昭和 ○年○月○日		
	住所	〒 660-0000 電話 (06) 0000 - 0000 尼崎市 七松町○丁目○番○号		

工事の内容・箇所及び規模	<input checked="" type="checkbox"/> (1)手すりの取付け <input checked="" 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
--------------	--	--

尼崎市長 あて
 住宅改修工事が完了したことを確認しましたので、関係書類を添付して居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。(退院・退所日 年 月 日) 令和 ○年○月○日
 申請者 住所 尼崎市七松町○丁目○番○号
 (被保険者) 氏名 尼崎 一郎

施工業者	尼崎市長 あて 上記申請者の居住する住宅の改修工事が完了しましたので報告します。また、住宅改修に要した費用が確定(□退院・退所確認)しましたので併せて報告します。 令和 ○年○月○日 電話 (06) 0000 - 0000			
	事業者所在地	尼崎市今福○丁目○番○号		
	事業者名	福○工務店		
	代表者名	今○福○		
	工事着工日	令和 ○年○月○日	工事完了日	令和 ○年○月○日
	担当者名	兵庫 ○男	改修費用 (工事内訳書の合計金額)	00,000

着工日・領収日の日付より前は不可!

事前提出の内訳に変更がなければ内訳書の合計金額記入

居宅介護(介護予防)住宅改修費を次の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	金融機関	支店	預金種別	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
	〇〇 銀行	〇〇 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	フリガナ	アマガサキ イチロウ
			口座名義人	尼崎 一郎	
※受領委任の場合 (受任者の住所・氏名・電話番号を記入してください。)	住所	もれないように	委任状	左記の者を私の代理人として居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領について委任します。 住所 氏名(自署) 受領委任する場合のみ被保険者についてご記入ください。	
	氏名	受領委任する場合のみ記入		※自署が困難な場合は、記名押印してください。	
	電話 ()	-			

【尼崎市記入欄】

支給限度額	円	給付率	／100
上記申請について、下記のとおり支給します。 令和 年 月 日			
□支給決定額	円		

申請書確認	受付印	受付者
入力確認		

【必要書類】

<input type="checkbox"/> 領収書原本(確認後返却) <input type="checkbox"/> 領収書写し <input type="checkbox"/> 工事後の写真(日付入)

課長	係長	係