

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（事前申請）

被保険者の情報	個人番号		保険者番号	272138			
	フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	住 所	〒 (電話) 泉佐野市					
	被保険者の状態	☐ 在宅 / ☐ 入院（入所）中		退院（退所） 予定日	年 月 日		
住宅改修の情報	住宅の所有者※4	☐ ① 本人または同居親族 ☐ ② 別居親族または賃貸 ☐ ③ 府営住宅または市営住宅		所有者の氏名	続柄（親族の場合）		
	住宅改修の内容 箇所及び規模 （複数選択可）	☐ ① 手すりの取付け 本 トイレ・浴室・洗面所・玄関・台所・廊下 勝手口・脱衣所・居室（寝室・居間） 他（ ）		☐ ③ 床又は通路面の材料の変更 箇所 浴室・通路面 他（ ）			
		☐ ② 段差の解消 箇所 トイレ・浴室・洗面所・玄関・台所・廊下 勝手口・脱衣所・居室（寝室・居間） 他（ ）		☐ ④ 引き戸等への扉の取替え 箇所 トイレ・浴室 他（ ） ☐ ⑤ 洋式便器等への便器の取替え			
	見積の総費用※2			施工事業者名			
	内 介護保険対象金額			支払方法	償還払い・受領委任払※5		
泉佐野市長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の事前申請をします。 年 月 日 住 所 申請者（被保険者） 氏 名 電話番号 なお、次の者を私の代理人と定め、この申請に関する手続きを委任します。 住 所 （事業者名） 代理人氏名 電話番号							

注意

※1 太枠内は、誤りや漏れがないように全ての項目を記載してください。

※2 見積の総費用には、介護保険対象外工事も含めた、見積書の合計金額を記載してください。

※3 この申請書に、必要書類を添付してご提出ください。書類について不備、不足等があった場合は、受理することができませんので、日にちに余裕をもって申請してください。

※4 住宅の所有者が、②に該当する場合は「住宅改修の承諾書」を提出してください。
また、③に該当する場合は、大阪府または泉佐野市へ模様替等承認申請を行い、承認用紙を提出してください。

※5 受領委任払は、対象者に該当する方のみが利用できます。

《保険者使用欄》

認定	新規・更新・区変	事前申請
過去実績	無・有	☐ 理由書
残	円	☐ 見積書
支払方法	償還払い	☐ 図面
	受領委任払 ()	☐ 写真
受付者	承認・不承認	☐ (承諾書)
		☐ その他
		承認番号