

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給事前申請書

フリガナ			保険者番号			2	4	2	0	4	0	
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日	年	月	日	要介護度等								
認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日					
住所	〒 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"/> 1. 手すりの取付け			業者名								
	<input type="checkbox"/> 2. 段差の解消			業者連絡先								
	<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			着工予定日		年	月	日				
	<input type="checkbox"/> 4. 引き戸等への扉の取替え			完成予定日		年	月	日				
<input type="checkbox"/> 5. 洋式便器等への便器の取替え												
<input type="checkbox"/> 6. 付帯工事												
改修予定費用	円											
<p>(あて先) 松阪市長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給について事前協議を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>												
代理申請を行う事業所情報	事業所名称											
	事業所種別											
改修承認可否の連絡先	申請者・その他（ ）：【連絡先】（ ）											

事前協議の内容に対して下記の通り回答します。

市記入及び回答欄

年 月 日

松阪市健康福祉部介護保険課

保険対象改修費	円
保険対象改修とならないもの	

※市の改修承認後、事前協議で提出した工事内容（部材を含む）の変更がある場合は速やかに市へ連絡してください。

課長	主幹	係長	主任	担当

保	納	実	連絡

新規・支・介（ ）
残額