

介護保険住宅改修費支給事前申請書（償還払い）

フリカ`ナ				被保険者番号
被保険者氏名				
生年月日	明・大・昭		年	月 日
改修する住所地	横須賀市			
認定有効期間	平成・令和	年	月 日	～ 平成・令和 年 月 日
施工業者名	電話番号			
住宅改修に要する費用の見積額	円	着工予定年月日	令和	年 月 日
住宅改修内容及び改修箇所 (該当項目にチェック)	<input type="checkbox"/> 手すりの取付	<input type="checkbox"/> トイレ(本) <input type="checkbox"/> 浴室(本) <input type="checkbox"/> 階段(本) <input type="checkbox"/> 廊下(本) <input type="checkbox"/> 玄関(本) <input type="checkbox"/> 居室(本) <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 段差の解消	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 床材及び通路面の材料の変更(滑り止め、移動の円滑化等)	<input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 扉の取替(引戸等)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 便器の取替(洋式便器等)	<input type="checkbox"/> その他()		
居宅介護支援事業者名	担当ケアマネジャー			
住宅等所有者	1. 本人又は家族 2. その他 ※2の場合、貸主承諾書の添付(有・無)			
添付書類	<input type="checkbox"/> 住宅改修が必要な理由書 <input type="checkbox"/> 工事着工前の写真(日付入り) <input type="checkbox"/> 見積書及び工事内訳書 <input type="checkbox"/> 住宅の平面図 <input type="checkbox"/> 理由書が添付できない場合、下記に理由を記載()			
あて先 横須賀市長 上記のとおり、介護保険住宅改修を行いたいので、関係書類を添えて事前申請します。 令和 年 月 日 〒 住 所 申請者 氏 名 (被保険者本人) 電話番号				
住宅改修承認(不承認)通知は1週間程度で被保険者本人宛に郵送します。原則、通知受理後に工事着工してください。工事完了後、下記書類をまとめて申請してください。 <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">事後申請時提出書類</div> <input type="checkbox"/> 介護保険住宅改修費事後申請書兼給付費支給申請書 <input type="checkbox"/> 改修後の写真(日付入り) <input type="checkbox"/> 領収書原本(被保険者本人宛のもの) <input type="checkbox"/> 備考()				
申請先 横須賀市福祉部介護保険課 給付係 〒238-8550 横須賀市小川町11 電話 046-822-8253 FAX共通 046-827-8845				

市記入欄

受付番号	-
認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)
給付制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(法 条)
支給状況	()回目 残対象額 円
備考	(支給予定額 円)

決 裁	課長	主査	担当者

介護保険住宅改修費支給事前申請書 (償還払い)

フリカナ	コウレイ ハナコ	被保険者番号	
被保険者氏名	高 齡 花 子		0 0 0 0 0 9 9 9 9 ×
生 年 月 日	明(大)・昭 1年 1月 1日		
改修する住所地	横須賀市 平成町○△—■		
認定有効期間	平成 31年 4月 1日 ~ 令和 2年 3月 31日		
施工業者名	株式会社 横須賀改修	消費税込みの金額です	電話番号046-822-△△△△
住宅改修に要する費用の見積額	155,555円	着工予定年月日	令和 元年 5月 20日
住宅改修内容及び改修箇所 (該当項目にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ(2本) <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 (3本) <input type="checkbox"/> 階段 (本)	<input type="checkbox"/> 廊下 (本) <input checked="" type="checkbox"/> 玄関 (1本) <input type="checkbox"/> 居室 (本)
	<input type="checkbox"/> 段差の解消	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 床材及び通路面の材料の変更(滑り止め、移動の円滑化等)	<input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 扉の取替(引戸等)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 玄関	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 便器の取替(洋式便器等)	<input type="checkbox"/> その他 ()	
居宅介護支援事業者名	○×居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー	居宅 太郎
住宅等所有者	①. 本人又は家族 2. その他 <input type="checkbox"/> 2の場合、貸主承諾書の添付要		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修が必要な理由書 <input checked="" type="checkbox"/> 工事着工前の写真(日付入り) <input checked="" type="checkbox"/> 見積書及び工事内訳書 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅の平面図 <input checked="" type="checkbox"/> 理由書が添付できない場合下記に理由を記載 ()		
あて先 横須賀市長 上記のとおり、介護保険住宅改修を行いたいので、関係書類を添えて事前申請します。 令和 元年 5月 7日 〒238-123△ 住 所 横須賀市平成町○△—■ 申請者 氏 名 高 齡 花 子 (被保険者本人) 電話番号 822-200●			
住宅改修着工承認通知は1週間程度で被保険者本人宛に郵送します。通知受領後に工事に着工してください。工事完了後、毎月月末までに下記書類を事業者ごとまとめて申請してください。 事後申請時提出書類 <input type="checkbox"/> 介護保険住宅改修費事後申請書兼給付費支給申請書 <input type="checkbox"/> 改修後の写真(日付入り) <input type="checkbox"/> 領収書原本(被保険者本人宛のもの) <input type="checkbox"/> 備考 ()			
申請先 横須賀市福祉部介護保険課 給付係 〒238-8550 横須賀市小川町11番地 電話 046-822-8253 FAX共通 046-827-8845			

被保険者本人の氏名等を記入してください。

市記入欄

受付番号	—
認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)
給付制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(法 条)
支給状況	()回目 残対象額 円
備考	(支給予定額 円)

決裁	課長	主査	担当者