

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前届出書（償還払い用）

フリガナ			届出年月日	年	月	日
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号			
生 年 月 日	大・昭	年	日	性 別	男	女
住 所	電話番号 ( ) -					
住宅の所有者	被保険者との関係 ( )					
改修の内容	改修の種類			改修の箇所		
	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 床段差の解消 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
施 工 業 者 名						
改修予定費用 (介護保険対象分)	円	着工予定日	年	月	日	
必 要 書 類	<input type="checkbox"/> 工事費見積書（内訳の明細が分かるもの） <input type="checkbox"/> 介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認める理由を記載した書類 <input type="checkbox"/> 改修の内容が確認できる書類（平面図、改修前の写真（撮影日が分かるもの）） <input type="checkbox"/> 所有者の承諾書（改修を行う住宅の所有者が被保険者でない場合） <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<p>糸島市長 様</p> <p>上記のとおり必要書類を添えて、居宅介護（支援）住宅改修について届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">申請者（被保険者）</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">※署名（自筆）の場合は、押印する必要はありません。</p>						
窓 口 に 来られた方	氏名	(被保険者との関係 )				
	住所	電話番号 ( ) -				

【市記入欄】

保 険 料 納 付 状 況	<input type="checkbox"/> 滞納無 <input type="checkbox"/> 滞納有	
給 付 制 限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
既 支 給 実 績	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
介 護 認 定		