

様式第1号（第4条関係）

居宅介護（介護予防）住宅改修事前確認届（受領委任払い用）

受付番号

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名		負担割合	割		
生年月日					
住所	〒 電話（ ） -				
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（ ）				
改修金額 <small>（介護保険対象分）</small>	円	着工予定日	年	月	日
自己負担額	円	完成予定日	年	月	日
必要書類	<input type="checkbox"/> 見積書（内訳の明細が分かるもの） <input type="checkbox"/> 介護支援専門員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、住宅改修前の写真（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）				
住宅改修施行 予定事業者	名称 代表者氏名 住所又は所在地 電話（ ） -				
糸島市長 様 上記のとおり必要書類を添えて、居宅介護（介護予防）住宅改修の事前確認を届出します。 年 月 日 申請者（被保険者） 氏名 _____ 印 ※署名（自筆）の場合は、押印する必要はありません。					
窓口に来られた方	氏名 _____（被保険者との関係） 住所 _____ 電話（ ） -				

保険者処理欄

受付年月日	給付制限	介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 滞 納	今回改修総費用査定額 (20万円を限度)	A	円
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 既支給実績	既に支給した住宅改修費の 総額	B	円
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	支給限度基準額の残額 (20万円-B)	C	円
確認年月日	既支給額（ ） 発送先	保険給付対象額 (AまたはCのいずれか低い額)	D	円
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 業者	支給決定額 (D×9・8・7割) <small>端数切り捨て</small>		円