

介護保険 居宅介護（介護予防）住宅改修事前確認申請書

フリガナ			保険者番号	南魚沼市	1	5	2	2	6	4
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	電話番号 ()					
住所	〒									
要介護状態区分		認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日					
住宅の所有者	本人との関係 ()									
改修の内容・ 箇所及び規模			施工業者							
			着工予定日	年		月		日		
			完成予定日	年		月		日		
			改修予定費用	円						
<p>(あて先) 南魚沼市長 上記のとおり、関係書類を添えて住宅改修の事前確認について申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 (被保険者本人) 住所 氏名 電話番号 ()</p>										

関係書類・確認事項（し点を記入）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 理由書
<input type="checkbox"/> 工事前写真
<input type="checkbox"/> 撮影日の表示
<input type="checkbox"/> 手すりの設置及び段差解消は、工事予定
箇所に完成予定を図示した写真を添付
<input type="checkbox"/> 平面図
<input type="checkbox"/> 被保険者の動線の記入
<input type="checkbox"/> 工事個所の記入 | <input type="checkbox"/> 工事内容（明細）がわかる見積書のコピー
<input type="checkbox"/> 作成日の記載
<input type="checkbox"/> 住宅の所有者の改修工事承諾書（申請者（被保
険者）と住宅の所有者が異なる場合のみ）
<input type="checkbox"/> 着工予定日・完成予定日・領収予定日が認定有
効期限内であることを確認
<input type="checkbox"/> 被保険者へ複数見積もりについて説明
<input type="checkbox"/> 過去に住宅改修費支給の有無（有・無） |
|--|---|

※事務処理欄（以下の欄は記入しないでください。）

保険料滞納	既工事額	残額	負担割合	今回対象額	今回保険給付分
有・無	円	円	割	円	円

住宅改修事前承認通知書

上記の事前確認申請について、改修の内容を審査した結果、適当と認めましたので通知します。

年 月 日

南魚沼市長 林 茂男

承認番号	
------	--