**介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修　事前確認依頼書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 | |  | | | 保険者番号 | | |  | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | |
| 被保険者番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | 性　別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | | 本人との関係（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修業者 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 着工予定日 | | 平成　　　年　　　月　　　日 | | 完成予定日 | | | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 添　　付　　書　　類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 越生町長　　　　様  下記の者の依頼により、上記のとおり居宅介護（介護予防）住宅改修を行いたいので、  関係書類を添えて事前確認願います。  　　平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提出者 | 所属事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所住所 | |  | | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | ㊞ | | | 資格 | | |  | | | | | | | | | |

【委任欄】

|  |
| --- |
| 居宅介護（介護予防）住宅改修費の諸手続きを上記の者に委任します。  　　　　　　　　　　　　　　　申請者（被保険者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

**介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 生 年 月 日 | | 明・大・昭　　年　月　日生 | | | | | | | | | 性　別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | 業者名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 着工日 | | | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完成日 | | | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改 修 費 用 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 越生町長　　　　様  上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。  　平成　　年　　月　　日  住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書に、領収証及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付して下さい。  ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付して下さい。  居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口 座 振 込  依　頼　欄 | 銀行  　　　　信用金庫  　　　　農協 | | | | | | 本店  　　　　　支店  　　　　　出張所 | | | | | 種目 | | | 口　　座　　番　　号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | | |
|  | |  |  |  | |  |  |  | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

委任欄（この下の欄は、申請者と口座名義人が違う場合のみ記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護(介護予防)住宅改修費支給の受領を下記の者に委任します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者(氏名)　　　　　　　　　　　　㊞ | |
| 受領委任者 | （氏名） |