

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前申請書

フリガナ	クマモト カイゴ		保険者番号	4	3	1	0	0	7				
被保険者氏名	熊本 介護		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
			個人番号										
生年月日	S3	年 1 月 1 日	要介護度等	要介護2									
認定有効期間	R 5年 1月 1日 ~ R 5年 12月 31日												
住所	〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号 電話番号 096-328-2311												
住宅の所有者	熊本 介護 本人との関係 (本人)												
改修の内容・箇所及び規模	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 手摺りの取り付け <input type="checkbox"/> 2. 段差の解消 <input type="checkbox"/> 3. 滑りの防止および移動の円滑化のための床材又は通路面への材料の変更 <input type="checkbox"/> 4. 引き戸等への扉の取り替え <input type="checkbox"/> 5. 洋式便器等への便器の取り替え <input type="checkbox"/> 6. 付帯工事		業者名	(株) ○○○									
			業者連絡先	096-367-9127									
			着工予定日	令和 5 年 3 月 14 日									
			完成予定日	令和 5 年 3 月 14 日									
改修予定費用	200,000 円												
熊本市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費支給を申請します。 また、熊本市から支払われる住宅改修費の請求を熊本市介護保険課（同課長に事故があるときは、同主幹）に委任します。 令和 5 年 3 月 1 日 <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">申請日から2週間ほど余裕をもってご記入ください</div>													
申請者	住所	熊本市中央区手取本町1番1号											
	氏名	熊本 介護											
		電話番号 096-328-2311											
		被保険者との関係 本人											
代理申請を行う事業所情報	事業所名称	(株) ○○○											
	事業所種別	住宅改修施工業者											

※事前申請時において入院中のまま退院することがなかった、または、認定申請中で結果が非該当となった場合は事前申請が無効となります。その場合、給付対象外（全額自己負担）となることに了承した上で事前申請を行ってください。また、この事前申請書の提出をもって、このことを了承したものとみなします。

- 注意
- この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事見積書、住宅改修の予定の状態が確認できるもの（写真又は簡単な図面）を提出してください。
 - 改修を行う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ください。
 - 要介護（要支援）認定の新規申請中の方への承認通知書（着工許可）発送は認定決定日以降となります。