

住宅改修承認願

令和 年 月 日

木津川市長 宛て
(高齢介護課長)

居宅介護支援事業者

介護支援専門員

住所

TEL(携帯可)

下記の被保険者に係る住宅改修を承認願います。

被保険者番号	ふりがな 被保険者氏名	生 年 月 日	入院・入所
		T S 年 月 日	有 ・ 無 退院・退所 予定日 /
要介護認定	【要支援】 1 ・ 2 【要介護】 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 新規 ・ 区変 申請中 【認定期間】 R 年 月 日 ~ R 年 月 日 【負担割合】 1 ・ 2 ・ 3 割		
住 所	木津川市		
住宅の所有者		被保険者 との関係	
改修の内容	□手すりの取付 □段差の解消 □床材の変更 □扉の取替 □便器の取替 改修場所()		
業 者 名		着工予定日	R 年 月 日 承認次第
総費用(税込)	円	支払方法	受領委任 ・ 償還払い
住宅改修 利用状況	初回 ・ 回目		

- 添付書類
- ☐理由書 (介護支援専門員作成)
 - ☐見積書 (住宅改修事業者作成)
 - ☐平面図 (住宅改修事業者作成)
 - ☐住宅所有者の承諾書 (被保険者と住宅所有者が異なる場合)
 - ☐工事着工前の写真(日付入)

以下、市使用欄

<input type="checkbox"/> 福祉用具同時申請	<input type="checkbox"/> 滞納確認
<input type="checkbox"/> 過去承認 あり・なし (. . ￥	介・支)
(. . ￥	介・支)
<input type="checkbox"/> 段階リセット あり・なし	

別紙のとおり承認してよろしいか

課 長	担当課長	主 幹	課長補佐	係 長	担当係長	係	担 当