

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 年 月 日 S	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

福祉用具同時申請

滞納確認

過去承認 あり・なし ()

¥ ()

介・支
介・支

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