|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | ０８３０９７ |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | （７桁） |
| 生年月日・性別 | 　　　年　　　月　　　日生　　男・女 | 要介護度 | 支・介　１・２・３・４・５ |
| 被保険者住所 | 〒大洗町電話番号　　　　（　　　　）　　　　 |
| 住宅の所有者※共同名義の場合は　全員の氏名を記入 | 被保険者との関係（　　　　　　　） |
| 改修の内容・箇所および規模 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　箇所および規模　□　手すりの取付　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　段差の解消　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　床材等の変更　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　扉等の取替　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□　便器の取替等　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施工業者名 |  | 施工予定日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 改修費用（保険対象額） | 円　 | 支給方法 | 償還払 |
| 添付書類 | 　□　①　住宅改修が必要な理由書（Ｐ１およびＰ２）　□　②　工事費見積書（保険適用となる箇所、部品等の明細が分かるもの）　□　③　改修前の写真（撮影日および改修箇所が写真内に明示されているもの）　□　④　改修箇所を記載した平面図（建物内の場合は改修する階全体の図面）　□　⑤　所有者の住宅改修承諾書　　※所有者に被保険者以外が含まれる場合　□　⑥　その他　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 大洗町長　様上記のとおり関係書類を添えて、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修の事前申請をいたします。 |
| 年　　　月　　　日申請者(被保険者) | 住　　所氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

**介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前申請書　【償還払用】**