

**(工事前)** 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修工事届出書

フリガナ			保険者番号	2 0 5 4 1 9					
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号 ※未記入可						
生年月日	大・昭・平	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒381-		小布施町大字		電話番号				
住宅の所有者	被保険者との関係（ ）								
改修の内容・箇所	〈改修内容〉 <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 扉の取替え <input type="checkbox"/> 付帯工事 〈改修箇所〉				業者名	連絡先			
					着工予定日	令和	年	月	日
					完成予定日	令和	年	月	日
改修見積額	円			支給方法	<input type="checkbox"/> 償還払い方式 <input type="checkbox"/> 受領委任払い方式				
小布施町長 様  住宅改修工事を行いますので、関係書類を添えて届け出ます。  令和 年 月 日  住所 申請者 氏名 電話番号									

- [添付書類] : ①住宅改修が必要な理由書 ②工事費見積書 ③図面 ④日付入りの写真  
 ⑤住宅改修の承諾書（被保険者と住宅の所有者が異なる場合のみ）  
 ⑥受領委任払い承認申請書及び委任状（受領委任払い方式を利用する場合のみ）

※③については、改修箇所と被保険者の居所・動線の位置関係がわかる平面図、改修箇所の立面図（立面図のかわりに日付入り写真への書き込みでも可）としてください。

※住宅改修費の支給は、「介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書」（工事後）による申請をもって、決定されます。今回の承認により、支給が決定となるわけではありません。

小布施町記入欄

支給可能額	円 / 支給対象限度額 円	
要介護度	支 1・2	介 1・2・3・4・5
保険料滞納の有無	有・無	
現地調査	有 ( / )	無
審査	承認する	承認しない (理由: )
備考		

課長	課長補佐	係長	主幹	係員	担当者

起案日：令和 年 月 日

決裁日：令和 年 月 日

通知発送日：令和 年 月 日

伺い

上記状況を鑑み、裏面の内容を事前承認し、申請者に教示したいがよろしいでしょうか。