年 月 日

小国町長 殿

申請者

住 所

フリガナ

氏 名

(※)氏名を自署してください。
本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

被保険者との関係

電話番号

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前確認申請書

下記のとおり関係書類を添付して居宅介護（介護予防）住宅改修の事前確認について申請します。

フリガナ			
被保険者氏名	被保険者番号		
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）	性別	男・女
住 所	〒999- 小国町大字 電話番号		
住宅の所有者	被保険者との関係（ ）		
工 事 内 容	改 修 項 目	改 修 場 所	
	☐ 手すりの取り付け		
	☐ 段差の解消		
	☐ 引き戸等への扉の取替え		
	☐ 便器の取替え		
	☐ 床材の変更 ☐ その他（ ）		
工 事 期 間	着工予定日 令和 年 月 日	完成予定日 令和 年 月 日	
施 行 業 者	住 所 業者名 電話番号（ ）		
他制度との併用	しない・する（制度名 ）		

小国町記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

①未納保険料 ☐ 有・ ☐ 無	②既支給額（ 円）
③工事内容 ☐ 適 ☐ 不適（理由	）
上記申請に対し審査の結果、 ☐ 承認する	
☐ 承認しない（理由	）

※関係書類 ①住宅改修が必要な理由書 ②当該工事の見積書等 ③平面図 ④改修予定箇所の写真