

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修
事前承認申請書 (償還払い用)

フリガナ			保険者番号	3	3	6	6	6	9	
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日	年	月	性別	男・女		負担割合		1割・2割・3割		
要介護度	支・介 ()	有効期間	年		月	日	～	年	月	日
住所	〒 電話番号 () -									
住宅所有者	本人との関係 () ※本人以外の場合は所有者の承諾書が必要です。									
改修の内容 (箇所・規模)			着工予定日							
			完成予定日							
			施工業者名							
			予定改修費用 (改修見積額)							
添付書類	<input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> 見積書 (工事内訳書) <input type="checkbox"/> 承諾書 <input type="checkbox"/> 図面 <input type="checkbox"/> 施行前写真 (日付入り)									
<p>美咲町長 あて</p> <p>上記のとおり、償還払いにて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 (被保険者)</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>										