



介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修承認申請書（受領委任払い用）

保険者番号	3	5	2	0	7	0	被保険者番号										
ふりがな								生年月日	年 月 日								
被保険者氏名								性 別	男 ・ 女								
住 所	〒																
	電話番号 ()																
住宅の所有者	本人との関係 ()																
改修の内容・ 箇所及び規模								業者名									
								着工予定日	年 月 日								
改修に要する費用	円																
住宅改修の施 工及び居宅介 護（介護予防） 住宅改修費の 代理受領予定 事業者	名称																
	代表者氏名							印									
	住所又は所在地																
								電話番号 ()									
下 松 市 長 様																	
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修の承認を申請します。																	
年 月 日																	
住 所																	
申請者																	
氏 名							電話番号 ()										

注意・この申請書の裏面に介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書及び工事費見積書、完成予定の状態が確認できる書類等（改修箇所ごとの改修前の写真、原則として撮影日がわかるもの及び完成予定図）、住宅の所有者の承諾書（住宅改修を行った住宅の所有者が当該利用者でない場合）を添付してください。

- 住宅改修完成后、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書、住宅改修完成届出書、領収証、工事費内訳書、完成後の状態を確認できる書類（改修箇所ごとの改修後の写真、原則として撮影日がわかるもの）を提出してください。

決 裁	課長	補佐	係長	係員

要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
住宅改修費支給実績	なし・あり
金額	円
支給決定金額	円