第9号様式(第8条第3項関係)

居宅介護(介護予防)住宅改修事前確認協議書

被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		生年月日 年　月　日
要介護状態区分 ※該当区分に○	新規申請中・区分変更申請中　(※非該当承諾書を添付すること)			
	要支援1　要支援2	要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5		
住所			電話番号	
住宅の所有者		本人との関係		※所有者が本人以外の場合は、所有者の承諾書を添付すること
改修の内容・箇所 ※該当項目にチェック	□　手すりの取り付け	トイレ　浴室　洗面所　廊下　玄関　その他(　　)		
	□　段差の解消	トイレ　浴室　洗面所　廊下　玄関　その他(　　)		
	□　床材の変更	トイレ　浴室　洗面所　廊下　玄関　その他(　　)		
	□　引き戸等への扉の取替え	トイレ　浴室　洗面所　廊下　玄関　その他(　　)		
	□　洋式便器等への取替え 便器の位置及び向きの変更	付帯工事	有　・　無	
改修予定費用	円	改修予定日	年　月　日	
改修予定業者名		担当者名		
		連絡先電話番号 ※改修内容等の確認に使用します		

(宛先)　白井市長

上記のとおり、居宅介護(介護予防)住宅改修の事前確認を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

年　月　日　　申請者
(被保険者本人)

事前確認 結果通知 委任欄	本申請に係る結果を改修予定事業者又は介護支援専門員等に対して通知することを承諾します。 申請者署名 (被保険者本人)

保険者確認欄	□　住宅改修が必要な理由書 □　改修費用の見積書(内訳のわかるもの) □　改修予定箇所がわかる図面 □　改修予定箇所ごとの改修前写真(日付入り) □　住宅改修の承諾書(所有者が本人以外の場合) □　非該当承諾書(新規・区変申請中、入院・入所中の場合)	過去の支給実績	円
		支給限度額	円
		備考	

様

上記の申請について、確認の結果、介護保険給付として適当と思われますので、着工を認めます。

また、本書は住宅改修費の支給を決定するものではありません。住宅改修完了後は、本書(写し)を添えて住宅改修費支給の申請が必要です。

確認印	