別記様式第２６号（第２４条関係）

介護保険　居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 保険者番号 | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 | |  |
| 被保険者番号 | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | 要介護度等 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | ～ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | 施工業者名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施工業者連絡先 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 着工予定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完成予定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修予定費用 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小平市長　　　　殿  　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の事前申請をします。  　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所  氏名 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由を記載した書類、改修予定の状態が確認できる書類等（図面や写真等）を添付してください。

　　・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。