

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費事前確認申請書

〇〇年△△月□□日

長岡市長様

下記のとおり、添付書類を添えて住宅改修内容の事前確認について申請します

所有者が複数の場合は、全員の名前、本人関係を記入してください。

被保険者氏名 (申請者)	長岡 花子	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
住 所	〒940-8501 長岡市大手通1丁目4番地10		電話番号 0258-39-2245									
住宅の所有者	長岡 太郎	本人との関係	夫(亡)									
改修の内容 箇所及び規模	・ 手すりの取付け 玄関、廊下、トイレ		着工予定日	〇〇年△△月□□日								
	・ 段差解消 玄関外階段、踏み台設置		完成予定日	〇〇年△△月□□日								

着工予定日及び完成予定日が明確でない場合は、空欄で結構です。

住宅改修施工業者

事業者名	(株)長岡建築	電話番号	0258-12-3456
担当者	長岡 次郎	FAX番号	0258-12-3457

理由書作成者（居宅介護支援事業者等）

事業者名	居宅介護支援事業所 長岡アオーレ	電話番号	0258-39-2296
担当者	大手 三郎	FAX番号	0258-39-2018

添付書類○理由書 ○見積書 ○改修前の写真（必要に応じて見取図） ○住宅の所有者の承諾書

(長岡市記入欄)

確認通知日		リセット	転居 ・ 三段階
見積もり金額	円	今回支給対象予定額	円
支給履歴	有 ・ 無	支給対象残額	円
今回自己負担予定額	円		
要支援・要介護認定区分	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5・申請中		
支給対象工事		支給対象外工事	
<input type="checkbox"/> 手すりの取付け ( )			
<input type="checkbox"/> 段差の解消 ( )			
<input type="checkbox"/> 扉の取替え ( )			
<input type="checkbox"/> 便器の取替え ( )			
<input type="checkbox"/> 床材の変更 ( )			
<input type="checkbox"/> その他 ( )			

確認番号  
NO.

長岡市記入欄は空欄のままにしてください。

(事前承認番号)