第６号様式（第６条関係）

介護保険住宅改修施行確認券交付申請書

　 玖　珠　町　長　様

下記のとおり関係書類を添えて、住宅改修施行確認券の交付について申請します。

申請年月日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 玖　珠　町 | ４ | ４ | ４ | ６ | ２ | ０ |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 | 要介護状態区分等 | 要介護（　　）要支援（　　） |
| 被保険者住所 | 〒玖珠町大字　　　　　　　　　　　　番地　　　　　　　　電話番号 |
| 住宅の所有者 |  | 被保険者との関係 |  |
| 改修着工予定日 | 　　　年　　月　　日 | 改修完了予定日 | 　　　年　　月　　日 |
| 改修着工予定日の本人の所在 | １．在宅　　　　　２．　　　　年　　月　　日　退所（院）の予定　　　　３．その他 |

※着工完了予定日並びに退所（院）の予定日に変更があった場合は変更申請の必要はありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 住宅改修箇所 | 改　修　内　容（対象箇所の左欄に○印を記入して下さい） |
|  | 屋　外 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  |  |  | その他 |
|  | 玄　関 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  |  |  |  |
|  | 廊　下 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  |  |  |  |
|  | 階　段 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  |  |  |  |
|  | 台　所 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  |  |  |  |
|  | 浴　室 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  |  |  |  |
|  | トイレ |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  | 便器取替 |  |  |
|  | 居間・食堂 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  |  |  |  |
|  | 寝室・居室 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  |  |  |  |
|  | 洗面・脱衣所 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  |  |  |  |
|  | その他 |  | 手すり |  | 段差解消 |  | 床材変更 |  | 扉取替 |  | 便器取替 |  |  |
| 改修費用合計 | 円 | ①介護保険対象分 | 円 | ②介護保険対象外分 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 住宅改修事業者名 | 担当者名（　　　　　　　　　　　　　　　）連絡先（　　　　－　　　　　－　　　　　　　　） |
| 登録事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所名及び介護支援専門員氏名 | 担当者名（　　　　　　　　　　　　　　　）連絡先（　　　　－　　　　　－　　　　　　　　） |
| 居宅介護支援事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 特記事項 |