|  |
| --- |
| 受　　付　　印 |

**介護保険住宅改修事前協議回答連絡票**

記入のうえ、申請書類に添付してください。

また、支給申請時にこの連絡票の写しを添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | （被保険者番号：　　　　　　　　　） | |
| 回答連絡先  及び方法※ | 所属先及び  担当者氏名 | （被保険者との関係：□施工事業者　□ケアマネ　□その他　　　） |
| □FAX（番号　　　　　　　　　　　　　　　　）　□郵送 | |

※電話での連絡は選択できません。

以下のとおり回答します。回答内容が「調査」の場合、後日調査日時等について連絡します。

**協議回答内容・市記入欄（以下記入不要）**

□理由書 □所有者の承諾書 □見積書 □施工計画書 □写真 □その他（ 　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出書類 | 連絡日 | 連絡事項 | ✔ |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答内容 | □着工可　　□着工不可　　□調査（№　　　　　　　　）　　□保留 |
| 回答日 | 令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 備　　　考 |  |

**・回答内容の｢着工可｣については、改修内容を承認するものであり、正式な給付決定を行うものではありません。**

**・工事の着工は「着工可」の回答日以降に行ってください。回答日以前に着工した場合は、給付対象外となります。**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | 受付者 |
|  |  |

**・必要に応じて資料の訂正・追加等を依頼することがあります。また、工事内容等に変更が生じた場合は、給付管理課までご連絡ください。**

**（問合先）東大阪市福祉部高齢介護室給付管理課**

**℡06-4309-3186**