様式第１（第２条第１項関係）

**介護保険住宅改修事前協議書**

（宛先）東大阪市長

令和　　　　年　　　月　　　日

　住宅改修につき以下のとおり必要書類を添えて事前協議します。また、記載内容に虚偽がないことを誓約します。なお協議内容について、市（委託機関を含む）が住宅を訪問し、身体状況等を確認のうえ調査することに同意します。

　また、介護保険住宅改修の事前協議及び支給申請に関することについて、下記の届出者に委任します。

（該当するものに☑）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（被保険者） | （住所）東大阪市　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　-　　　-（被保険者番号）　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　 |
| 住宅の所有者 | 被保険者との関係（　　 　　　　　） |
| 届出者（被保険者でない場合） | （住所）〒　　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属事業所名称）（氏名）　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　-　　　　-被保険者との関係　□施工事業者□その他（　　　　　） |
| 施工事業者名 | □同上 |
| 改修内容・箇所及び規模 | □手すりの取付け　□段差の解消　□滑り防止及び円滑化のための床又は通路面の材料の変更□引き戸等への扉の取替え　□洋式便器等への便器の取替え |
| 改修予定金額 | 円　　 | 着工予定年月日 | 　　　　 年　　月　　日 |
| 確認事項 | **要介護(要支援)認定**　□有（要支援　　要介護　　）認定有効期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）□申請中（申請日　　　　　　） |
| **担当（予定）計画作成者（ケアマネジャー等）の有無**□有（事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **現在、入院または入所中である**※退院・退所後でないと支給申請はできません。□はい（入院・入所先　　　　　　　　　　退院・退所予定日　　　　　　　　）□いいえ |
| **改修実績**　□有（過去　　　　　回　　残額　　　　　　　円）　　□無 |
| **負担割合**　　　　　　　割 | **支給予定区分**　□償還　　　　□受領委任 |
| **給付制限**　　□有　　□無 | **住宅改造併用**□有（№　　　　　　　）□無　 |

市記載欄（以下は記載しないでください。）　受付番号　　　　　　　　　　　　　受付者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協議結果（いずれかに○） | 着工可　　・　　着工不可　　・　　調査　　・　　保留 | 受　付　印 |
| 備　考 | 　　　　　　　　　　　　（点検日　　　　　点検者　　　　　） |
| 決裁 | 課長 | 総括主幹 | 主査 | 主任 | 担当 | 起案日 | 　　 年 月　　日 |
|  |  |  |  |  |
| 決裁日 | 　　 年 月　　日 |