

介護保険住宅改修費支給申請確認票

◎ 該当欄に☑をお願いします

住宅改修が必要な理由書作成者	所 属	安曇野居宅支援事業所	氏名	福 祉 花 子
	資 格	☑ 介護支援専門員 □ その他 ()		
入所(院)中の場合は、退所(院)予定日等を記載してください	年 月 日 (退院・退所予定) 施設名または病院名 ()			
介護保険住宅改修の内容及び箇所等				
☑ 手すりの取付け	<input type="checkbox"/> 玄関・屋外 <input checked="" type="checkbox"/> 廊下・階段 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 居間・食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 洗面脱衣室 <input type="checkbox"/> その他 () [計3本]			
☑ 段差の解消	<input type="checkbox"/> 玄関・屋外 <input type="checkbox"/> 廊下・階段 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 居間・食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 洗面脱衣室 <input type="checkbox"/> その他 ()			
滑りの防止及び移動の円滑化のための床又は通路面の材料の変更	<input type="checkbox"/> 玄関・屋外 <input type="checkbox"/> 廊下・階段 <input type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 居間・食堂 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 洗面脱衣室 <input type="checkbox"/> その他 ()			
☑ 引き戸等への扉の取替え	<input type="checkbox"/> 玄関・屋外 <input type="checkbox"/> 廊下・階段 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 居間・食堂 <input type="checkbox"/> 寝室 <input checked="" type="checkbox"/> 洗面脱衣室 <input type="checkbox"/> その他 ()			
☑ 洋式便器等への便器の取替え	/			
☑ その他上記の改修に付帯して必要となる住宅改修	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付けのための壁の下地補強 <input type="checkbox"/> 浴室の床の段差解消(浴室の床のかさ上げ)に伴う給排水設備工事 <input type="checkbox"/> 床材の変更のための下地の補修や根太の補強または通路面の材料の変更のための路盤の整備 <input type="checkbox"/> 扉の取替えに伴う壁または柱の改修工事 <input checked="" type="checkbox"/> 便器の取替えに伴う給排水設備工事、床材の変更			
住宅改修施工予定業者名称及所在地	名 称	(株) 安曇野工務店		
	所在地	安曇野市豊科〇〇〇〇番地		
工事費見積金額	4 4 3, 6 2 5 円			
内、介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給対象金額	2 0 0, 0 0 0 円 (上限額 200,000 円)			

*あくまでも添付書類等からの判断であり、改修内容の変更等により保険給付額が変更される場合があります。