

居宅介護（予防）住宅改修費事前確認申請書

申請日 令和 年 月 日

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号			
住 所	〒 ー 泉南市				電話番号
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日				
改修の内容、 箇所及び規模	事業者名				
	着工予定日	令和	年	月 日	
	完成予定日	令和	年	月 日	
	改修費用	円			
事前確認通知書の受取りについては、上記事業者もしくは担当居宅介護支援専門員に委任します。				はい・いいえ	

泉南市長 様

上記のとおり、関係書類を添えて事前確認を申請します。

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

<注 意>

- ・この申請書のほかに、居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書、理由書、見積書、写真、図面等を添付してください。
- ・申請者氏名については、署名または記名押印。

※市処理欄

要介護度区分	給付制限状況	支給限度額内給付済額	負担割合	担当印
支1・支2・1・2・3・4・5	無・有(割)	無・有(給付残額 円)		