様式第５号（第５条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給に係る事前承認取下届

フ　リ　ガ　ナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生　年　月　日	明・大・昭　　年　　月　　日
住　　所	電話番号		
取り下げ理由	☐ 工事の変更が生じたため ☐ 被保険者が死亡したため ☐ 入院（所）したため ☐ その他（　　）		
事前承認承認日	令和　　年　　月　　日	受　付　番　号	

毛呂山町長　あて

上記のとおり介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給に係る事前承認申請を取下げいたします。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号

氏名

※　申請者は被保険者です。被保険者が死亡している場合は、相続人が申請者となります。

※　介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前承認・不承認決定通知書の通知を受けている場合は、通知書を添付してください。

※　介護支援専門員が代行で申請書を持参する場合、確認欄の記載は不要です。

担当介護支援専門員の確認欄　未記入の理由：☐ ケアマネ持参 / ☐ ケアマネ契約無 / ☐ その他（　　）

上記理由により住宅改修が不要となったことを確認しています。

令和　　年　　月　　日

確　認　者　事業者名

氏　　名　　印

電話番号

令和 03 年 10 月 22 日改正