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99年99月99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99年99月99日  住所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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99年99月99日 | | | | | | | | | | | | | |
| 確認者 | 事業者名  氏名  電話番号 | 印 | | | | | | | | | | | |