

介護支援専門員支援費を申請する場合、この確認書を提出してください。
 事前申請時に区役所介護医療係に提出してください。

、事業者にお渡しください。

介護保険 住宅改修

すべて記入してください。

区役所確認印が押印された確認書が返却されたら、交付申請をする前に、承認通知書が交付されていることを確認してください。

承認通知書
 ※交付されたことを確認してから申請書を提出してください。
 交付確認 月 日

保険者番号	2 8 1 1 0 5	被保険者番号	3 4 5 6 7
被保険者氏名	神戸 太郎		生年月日 大正 11 年 1 月 1 日 昭和
改修住所 (被保険者証住所)	神戸市 中央 区 雲井通5丁目1-1		
住宅改修 事前承認願書 提出日	令和 2 年 4 月 10 日		居宅(介護予防)サービス計画等作成の有無の判断基準日になります
被保険者確認欄	令和 2 年 4 月 9 日		
ケアプランに基づいて、介護(予防)サービスを利用していないことを確認してください。	基準日この日の前月と当月(例の場合は3月と4月)において 前月(例の場合は3月と4月)にケアプランの作成がないことについて、被保険者に確認し、署名をもらってください。 (目署) (自署が困難な場合は、記名・押印してください。)		
	●ケアプランとは 介護(予防)サービスを適切に利用できるように、ケアマネジャー等が作成する居宅(介護予防)サービス計画(月単位)のことで、この計画に基づいて在宅でホームヘルプサービス、デイサービス、福祉用具貸与、その他のサービスを利用します。		

理由書作成者の所属事業所の名称・所在地	名称 社会福祉法人 市役所会 神戸あんしんすこやかセンター 所在地 神戸市中央区加納町6丁目5-1 電話番号 078 - 331 - 8181
理由書作成の資格	1. 介護支援専門員 ② 介護予防支援事業所担当職員 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上 6. 増改築相談員(本市研修修了者)
理由書作成者 氏名	福祉 一 美

※ 神戸市記入欄	ケアプラン作成 〇 有 〇 無 依頼届	支給対象となるかどうかを介護医療係が確認し、確認印を押印した後お返しします。 確認に時間がかかる場合は、後日お渡しすることもあります。 確認印が押された確認書は、理由書を作成した事業所が支援費の交付申請をするときに必要です。	日
	給付実績 〇 有 〇 無		
	承認通知 〇 未 〇 済		
	<input type="checkbox"/> 交付申請 (. .) <input type="checkbox"/> 交付決定 (. .)		
総務部 保険年金医療課 北須磨支所 市民課		介護医療係確認印 確認印無きものは無効	