

本書は、理由書を作成した事業者が必要とする書類です。住改・福祉用具センター確認後は、事業者にお渡してください。

月 日

保険者番号																				
	被保険者番号																			
被保険者氏名											生年月日		明治 大正 年 月 日 昭和							
改修住所 (被保険者証住所)	神戸市 区																			
住宅改修 事前承認願書 提出日	令和 年 月 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 年 月 日 基準日(事前承認願書提出日)において 前月及び当月のケアプラン(居宅(介護予防)サービス計画)の 作成はありません。 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。 被保険者氏名 (自署) _____ (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 所在地 電話番号 — —
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
理由書作成者 氏名	

※ 神戸市記入欄	ケアプラン作成依頼届	☐ 有	☐ 無	上記のとおり確認しました。	令和 年 月 日	神戸市 区	神戸市介護保険住宅改修・福祉用具購入事務センター	住改・福祉用具センター 確認印
	給付実績	☐ 有	☐ 無					
	承認通知	☐ 未	☐ 済					
	☐ 交付申請 (. .)							
	☐ 交付決定 (. .)							
								確認印無きものは無効