

事前申請書類

受付印

住宅改修が必要な理由書

(基本情報)

利用者	被保険者番号							年齢	歳	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	被保険者氏名	要介護認定 (該当に○)				要支援	要介護									
						1 ・ 2	経過的・1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
住所																

作成者	現地確認日	年	月	日	作成日	年	月	日
	所属事業所							
	資格	1 介護支援専門員 2 福祉住環境コーディネーター2級 3 作業療法士						
	氏名							
	連絡先							

保険者	確認日	年	月	日	評価欄
	氏名				

(総合的状況)

利用者の身体状況		福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定	
		改修前	改修後
介護状況		<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/>
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいのか		<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> スロープ	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 腰掛け便座	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 特殊尿器	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 入浴補助用具	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 簡易浴槽	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(表面の「総合的状況」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。)

活動	①改善しようとしている生活動作	②①の具体的な困難な状況 (・・・なので・・・で困っている)	③改修目的・期待効果をチェックした上で、 改修方針 (・・・することで・・・が改善できる)	④改修項目 (改修箇所)
排泄	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り (移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	手すりの取付 () () ()
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動 (立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入 (立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	() 段差の解消 () () ()
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	引き戸等への扉の取替え () 便器の取替 ()
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 ()	滑り防止等のための床材の変更 () () その他 ()

住宅改修の種類 (※1)	写真等 番号	改修場所	改修部分	名称(※2)	商品名・規格・寸法等	数量	単位	単価	金額	介護保険対象部分				算出根拠
										数量	単位	単価	金額	
(1)手すり	①	トイレ	出入口	木製手すり	Φ35×500mm	〇	本	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇	本	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
				部材	エンドキャップ・ブラケット	〇	個	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇	個	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
				上記取付工賃		1	式		〇〇〇〇	1	式		〇〇〇〇	
(2)段差解消	②、③、④	廊下	出入口	解体工事	床・壁一部撤去	1	式		〇〇〇〇	1	式		△△△△	床・壁部分を面積比により1/3に按分
				内装工事	壁クロス貼り	〇	m	〇〇〇〇	〇〇〇〇					
					床CF張り	〇	m	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇	m	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
				上記取付工賃		1	式		〇〇〇〇	1	式		△△△△	床・壁部分を面積比により1/3に按分
									〇〇〇〇				〇〇〇〇	
									〇〇〇〇				〇〇〇〇	
									〇〇〇〇				〇〇〇〇	
									〇〇〇〇				〇〇〇〇	
									〇〇〇〇				●●●●	

壁クロスなど、装飾性に係る部分は対象部分から除いてください。

段差解消に伴う部分だけ按分してください。

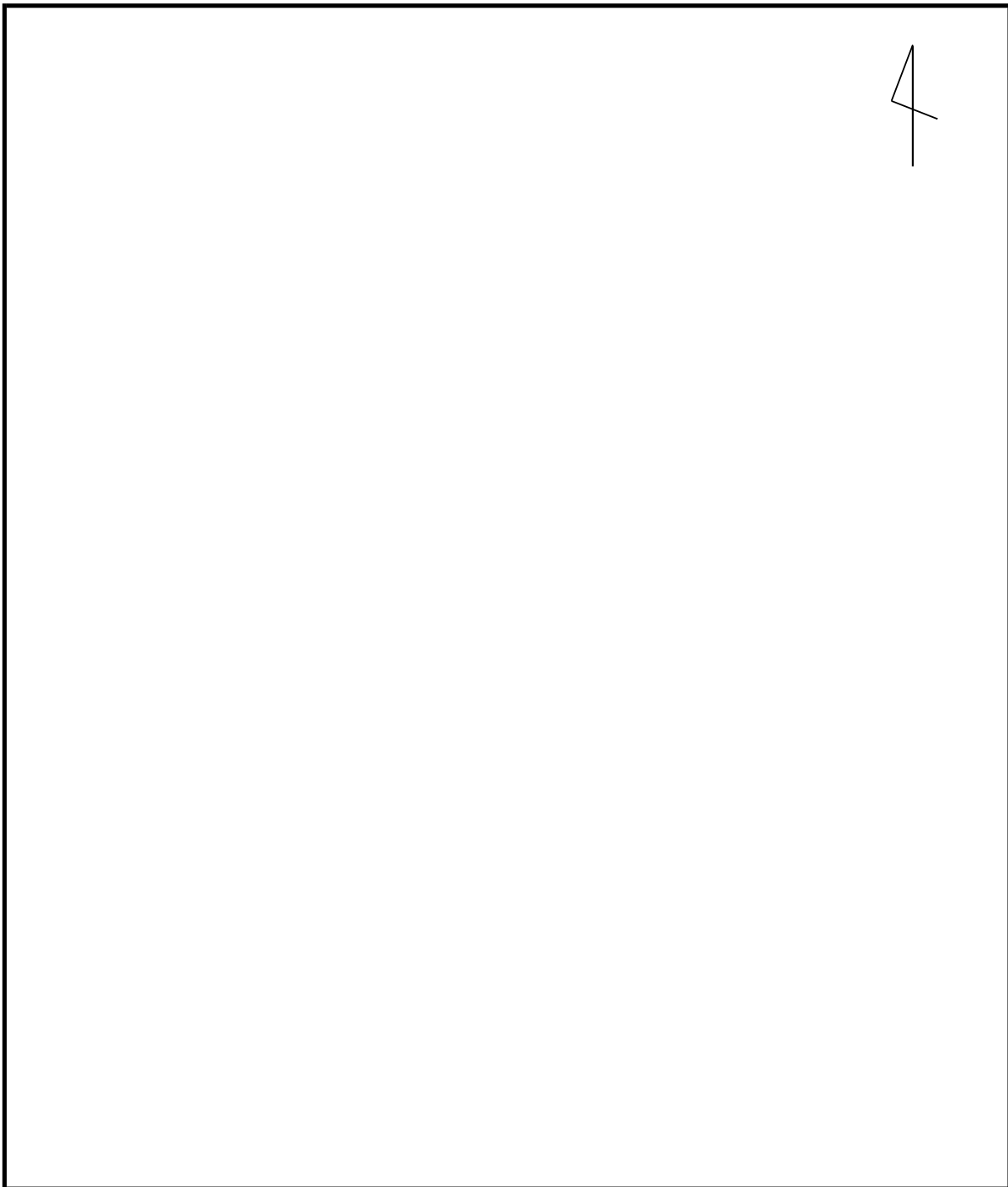
材料費・工賃・諸経費は分けて起債してください。

住宅改修費支給対象金額

(※1)住宅改修の種類：(1)手すりの取付け(2)段差の解消(3)滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更(4)引き戸等への扉の取替え(5)便器等への便器の取替え(6)その他住宅改修に付帯して必要となる改修

(※2)名称：材料費、施工費、諸経費等を分けて記載すること

別紙 間取り図(平面図)参考様式



- 1.改修する家屋の平面図を記載してください。
(被保険者の生活する階のみで可。必要に応じて敷地も記載。)
- 2.被保険者の生活動線がわかるように矢印等で記載してください。
- 3.被保険者の寝室や居室を図示してください。その他、玄関・トイレ・浴室脱衣室・居間・廊下・階段・屋外通路等は必要に応じて図示してください。
- 4.改修の内容がわかるように記入してください。
(手すりは●印や点線などで図示。浴室、便器、建具、間仕切り壁、路面等が変更となる場合は、改修前・改修後の対比。必要に応じて立体図や断面図を添付してください。)
- 5.改修箇所には見積書、理由書と対応した番号を記入してください。

被保険者番号

被保険者氏名

改修事業者名

改修前
1

- ・写真は必ず撮影年月日がわかるようにしてください。
- ・写真は対象部分の接写だけでなく、少し離れた位置から全体を写すなど、改修箇所が把握できるよう工夫して撮ってください。
- ・写真が4枚以上になる場合は、用紙をコピーしてご利用ください。(なお、様式はこの用紙に限るものではありません。)
- ・踏み台やスロープを固定する場合は、固定部分(ビス止め・ネジ止め等)の拡大写真を別個に添付してください。
- ・段差解消部分にはスケールを当てた拡大写真を別途添付してください。

改修前
3

- ・写真は必ず撮影年月日がわかるようにしてください。
- ・写真は対象部分の接写だけでなく、少し離れた位置から全体を写すなど、改修箇所が把握できるよう工夫して撮ってください。
- ・写真が4枚以上になる場合は、用紙をコピーしてご利用ください。(なお、様式はこの用紙に限るものではありません。)
- ・踏み台やスロープを固定する場合は、固定部分(ビス止め・ネジ止め等)の拡大写真を別個に添付してください。
- ・段差解消部分にはスケールを当てた拡大写真を別途添付してください。

改修前
2

- ・写真は必ず撮影年月日がわかるようにしてください。
- ・写真は対象部分の接写だけでなく、少し離れた位置から全体を写すなど、改修箇所が把握できるよう工夫して撮ってください。
- ・写真が4枚以上になる場合は、用紙をコピーしてご利用ください。(なお、様式はこの用紙に限るものではありません。)
- ・踏み台やスロープを固定する場合は、固定部分(ビス止め・ネジ止め等)の拡大写真を別個に添付してください。
- ・段差解消部分にはスケールを当てた拡大写真を別途添付してください。

改修前
4

- ・写真は必ず撮影年月日がわかるようにしてください。
- ・写真は対象部分の接写だけでなく、少し離れた位置から全体を写すなど、改修箇所が把握できるよう工夫して撮ってください。
- ・写真が4枚以上になる場合は、用紙をコピーしてご利用ください。(なお、様式はこの用紙に限るものではありません。)
- ・踏み台やスロープを固定する場合は、固定部分(ビス止め・ネジ止め等)の拡大写真を別個に添付してください。
- ・段差解消部分にはスケールを当てた拡大写真を別途添付してください。

住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住 所

氏 名

私は、上記表示の住宅に、_____が
別紙「介護保険住宅改修費申請書」の住宅改修を行うことを承諾いたします。

※自宅所有者が被保険者本人以外の場合、記入してください。

年 月 日

住宅改修の承諾についてのお願い

住 所

氏 名

様

(賃借人)

住 所

氏 名

私が賃借している下記(1)の住宅改修を、別紙「介護保険住宅改修費支給申請書」のとおり行いたいので、承諾願います。

記

(1) 住宅	名 称	
	所 在 地	
	住所番号	
(2) 住宅改修の概要	個所・部位	内容

承 諾 書

上記について、承諾いたします。

(なお、

年 月 日)

(賃貸人)

住 所

氏 名

[注]

- 賃借人は、本承諾書の点線から上の部分を記載し、賃貸人に2通提出してください。賃貸人は、承諾する場合には本承諾書の点線から下の部分を記載し、1通を賃借人に返還し、1通を保管してください。
- (1)の欄は、契約書頭書を参考にして記載してください。
- 承諾に当たっての確認事項等があれば、「なお、」の後に記載してください。

委任状

介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請及び給付金の受領に関する権限を

_____（続柄： ）に委任します。

_____年 月 日

住 所

電 話 番 号

被保険者氏名