

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		個人番号																	
		保険者番号																	
		被保険者番号																	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	負担割合	割	要介護度															
性別	男 ・ 女																		
住所	〒 電話番号																		
住宅の所有者	本人との関係（ ）		本人の状況	入院中 ・ 入所中 ・ 転入前 転居前 ・ 認定前															
改修の内容・ 箇所及び規模		業者名																	
		着工予定日	年 月 日																
		見積もり額	円																
		着工日(※)	年 月 日																
		完成日(※)	年 月 日																
改修費用(※)	円																		
(宛先)茂原市長																			
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。																			
令和 年 月 日																			
住所																			
申請者 電話番号																			
氏名																			

注意・工事着工前に、この申請書に介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書(付表1及び2)、工事費見積もり書、住宅改修後の完成予定の状態がわかるもの(日付入りの写真及び図面)を添付して申請し、保険給付の対象となるかどうかの確認を受けてください。確認の結果は、書面で通知します。

- ・工事完了後に、住宅改修に要した費用に係る領収証、工事費内訳書、住宅改修の完成後の状態を確認できる書類(日付入りの写真)を提出してください。
- ・改修を行う住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。
- ・※印の箇所は工事完了後に記載してください。

居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号									
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金										
			2当座預金										
				3その他									
	フリガナ 口座名義人												

住宅所有者承諾書

令和 年 月 日

茂 原 市 長 様

住宅の所有者

氏 名

住 所

電話番号

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請に係る下記の住宅改修について、承諾します。

記

1. 住宅の所在地 _____
2. 住宅改修の内容

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書のとおり

福祉用具購入費・住宅改修費受領委任届

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号									
		被保険者番号									
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			性別	男 ・ 女						
住 所	電話番号 - -										
給付の種類 (具体的に)	特定福祉用具の購入品目			住宅改修の内容							
費用額合計	円 (うち被保険者負担分 円)										

茂 原 市 長 様

上記の介護保険給付につきましては、茂原市介護保険福祉用具購入費及び住宅改修費の支給に係る受領委任払いに関する要綱第 2 条第 2 項の規定により、当該保険給付の申請及び保険給付費の受領を下記の者に委任します。

年 月 日
委 任 者 住 所

氏 名

受任者の氏名 又は事業者名 及び代表者氏名											
受任者住所	電話番号 - -										
口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 (所) 支店 (所) 出張所	口座種別	口座番号							
			1 普通預金								
			2 当座預金								
		3 その他									
	フリガナ										
	口座名義人										

※保険料が未納となっている方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている場合は、受領委任による給付はできません

住宅改修が必要な理由書 P1 (付表1)

< 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	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者氏名													要介護等認定 (該当に○)	要支援	要介護								
															1 ・ 2	経過的 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5								
	住 所																							

介護支援専門員以外の者が作成する場合は、資格を証明する書面等を添付してください

作成者	現地確認日		年	月	日	作成日	年	月	日
	所属事業所								
	資格	(作成者が介護支援専門員でないとき)							
	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		●車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住 宅 改 修 に よ り、 利用者等は日常生活 をどう変えたいか		●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器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●移動用リフト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		●腰掛便座	<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"/>	<input type="checkbox"/>		

住宅改修が必要な理由書 P2 (付表2)

<P1の「総合的状況」を踏まえて、①改善を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 改善をしようとしている生活動作	② ①の具体的な困難な状況 (…なので…で困っている) を記入してください	③ 改修の目的・期待効果をチェックした上で、 改修の方針(…することで…が改善できる) を記入してください	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()	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け () () () ()
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()	<input type="checkbox"/> 段差の解消 () () () <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え () ()
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 (扉の開閉含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外まで 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()	<input type="checkbox"/> 便器の取替え () () <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 () ()
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()	<input type="checkbox"/> その他 () () () ()

委 任 状

受 任 者

住 所 _____

氏 名 _____

令和 年 月 日介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請に係る支給決定額の受領に関する一切の権限を上記の者に委任します。

令和 年 月 日

委 任 者

住 所 _____

氏 名 _____