

※保険者確認欄 給付制限：無・有（平成 年 月 日～平成 年 月 日） 支給履歴：無・有（残 円/3段階変更 無・有/引越 無・有）	担当	係長	課長	決裁

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修事前承認申請書(償還払方式)

ふりがな					被保険者番号										
被保険者氏名					介護度	支(1・2)・介(1・2・3・4・5)									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女									
住所	〒														
	電話番号														
住宅の所有者	被保険者との関係()														
現在の状況	在宅・入院/入所中(退院・退所予定日: 年 月 日)														
着工予定日	年 月 日				業者名										
改修の内容					電話番号										
改修費用	円														
添付書類	<input type="checkbox"/> 住宅所有者の承諾書(被保険者、その配偶者以外が所有する住宅の場合) <input type="checkbox"/> 住宅改修が必要な理由書 <input type="checkbox"/> 理由書作成者の資格証明書 <input type="checkbox"/> 図面 <input type="checkbox"/> 住宅改修の必要性が確認できる写真(日付入り) <input type="checkbox"/> 工事内訳書(見積書)														
居宅介護支援事業者 ※いずれかにチェック	<input type="checkbox"/> 本申請の被保険者に係る居宅（介護予防）サービス計画は作成されていない。 <input type="checkbox"/> 担当の下記介護支援専門員に本申請に係る介護保険住宅改修について連絡済。 (居宅介護支援事業者名) (介護支援専門員名)														
大野城市長様 下記のとおり住宅改修を行いたいので、関係書類を添えて着工の承認を申請します。 年 月 日 ※住所・電話番号が被保険者と同じ場合は「同上」可。 申請者 住所: 電話番号: (被保険者) 氏名: 印															

↓ 被保険者氏名・住所(太枠内)を記入してください。日付は記入しないでください。

(公印省略)

年 月 日

住所

〒 -

名前

様

大野城市長 井本 宗司
(長寿支援課 介護サービス担当)

年 月 日付で申請のあった住宅改修（償還払）の事前申請について、承認しましたので、通知します。
工事完了後は、「介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（償還払い方式）」に関係書類を添えて提出してください。

《問い合わせ先》 大野城市役所 長寿支援課 介護サービス担当
〒816-8510 大野城市曙町2丁目2番1号
TEL 092-580-1860 FAX 092-573-8083

承認受付印

様式第2号（第5条関係）

住宅改修承諾書

年 月 日

大野城市長 様

家屋所有者	住 所	
	氏名（名称）	(印)
	電話番号	

下記の要介護（支援）認定者が行う住宅改修については、承諾します。

記

要介護（支援） 認定者 （申請者）	住 所 （住宅の所在地）	
	氏 名	
※借家等の場合は、契約者氏名		(印)

留意事項

この住宅改修に要する費用については、申請書類等の内容審査により、本市がその一部を給付いたしますが、要介護（支援）認定者が転居などをした場合には、原状回復の費用等は補助の対象となりませんのでご注意ください。

住宅改修が必要な理由書

〈基本情報〉

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

作成者	現地確認日	年 月 日	作成日	年 月 日
	資格(作成者が介護支援専門員でないとき)			
	事業所名			
	氏 名			
	連絡先			

対象者の居宅介護支援・介護予防支援を担当する介護支援専門員等
※理由書作成者と同じ場合や担当介護専門員等がない場合は記入不要
以下の内容について確認しました。
事業所名 :
氏 名 :

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	介護状況	住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定		
			改修前	改修後	
			●車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			●特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<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"/>
			●歩行補助杖	<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

〈p.1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	②①の具体的な状況(・・なので・・で困っている)を記入してください	③改修目的・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"/> トイレ出入り口の出入り (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	<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"/> 浴室出入口の出入り (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入り(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"/> 出入口の出入り (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	<input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材変更
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

介護保険住宅改修に伴う工事写真

大野城市

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

No.及び場所	施 工 前
	ここに、撮影日付を入れた改修前写真貼付

No.及び場所	施 工 後
	ここに、撮影日付を入れた改修後写真貼付 (施工後写真と同じアングルで撮影のこと)

* 完了後に確認できない部分は、施工中の写真を撮影し裏面に貼付してください。

