

介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書

		保険者番号	2	8	4	4	2	2
フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号					
			個人番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女		
住 所	電話番号 () -							
住宅の所有者	本人との関係 ()							
改修の内容・ 箇所及び規模			業者名					
			着工日		令和	年	月	日
			完成日		令和	年	月	日
改 修 費 用	円							
<p>市川町長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(支援)住宅改修費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="padding-left: 40px;">住 所</p> <p style="padding-left: 40px;">申請者</p> <p style="padding-left: 40px;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">☎ 電話番号 () -</p>								

- 注意**
- ・住宅改修の申請は必ず工事着工前に行い、町審査結果を受けてから着手できることとなります。(事前審査)
 - ・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。
 - ・事前審査において住宅所有者承諾書、理由書、工事個別明細記入の見積書、施工前写真・平面図を添付してください。
 - ・工事完了時において工事個別明細記入の請求書・施工後写真、領収書を添付してください。

居宅介護(予防)住宅改修費を下記の口座へ振り込んでください。

振込先口座 依頼欄	金融機関名		支店名		預金種別	口座番号(右づめで記入してください)			
	金融機関 コード	銀 行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本 店		1 普通	フリガナ			
			支 店		2 当座	-----			
		店 舗 コ ー ド		3 その他	口 座 名 義 人				

- 初めて申請される方は必ず振込先口座の預金通帳の写しを添付してください。
- 被保険者以外の口座に振り込む場合は、委任状(裏面)が必要です。

《裏面》

委任状

市川町長 様

受任者 住 所 _____

(代理人) 氏 名 _____ ⑩

上記の者を代理人と定め、私の介護保険居宅介護(予防)住宅改修費に係る介護給付費の受領に関する一切を委任します。

令和 年 月 日

委任者 住 所 _____

(被保険者) 氏 名 _____ ⑩

住宅改修が必要な理由書

【作成者情報】

記入日 令和 年 月 日 提出日 令和 年 月 日

作成者氏名	Ⓜ	電話番号	-
所属事業所名			
理由書作成のための資格	1. 介護支援専門員 2. 理学療法士 3. 作業療法士 4. 福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上 5. 地域包括支援センターの介護支援専門員・保健師・社会福祉士		

(※2、3は実務経験5年以上の者。2~4は免許証・合格証等の写しを添付のこと)

【被保険者情報】

フリガナ		被保険者番号		性別	男・女
被保険者氏名		生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
住所	() -				
要介護度	要支援 1・2	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	要介護 1・2・3・4・5				

【日常生活動作の状況(平成 年 月頃の状況)】

移動・歩行	1. 一人で歩く事ができる 2. 歩行器・杖等、補助用具があれば何とか歩ける(場合により這って移動) 3. 移動に殆ど介助が必要である(手を引く、体を支える等) 4. 自分で全く移動不可、車椅子等で移動			
床の段差	1. 越す事ができる 2. 越せるが時間がかかる・つまづく、転倒することが多い 3. 殆ど越せない 4. 全く越せない			
排泄	1. 自分で用を足せる(ズボンの上げ下ろし可能) 2. 用は足せるがしゃがみこむと再び立ち上がれない・支えがあれば自分で用が足せる 3. 排泄に殆ど介助(ズボンの上げ下ろし等)が必要である 4. 自分で全く用が足せない(おむつを付けている)			
入浴	1. 一人で入浴できる 2. 自分で洗える部分もあるが、洗髪等に介助が必要 3. 介助者に殆ど洗ってもらう、シャワー浴のみ 4. 自分で風呂(浴槽・浴室)に入れない			
生活の広がり	<input type="checkbox"/> ほぼ寝室・居室のみ <input type="checkbox"/> 自宅の中のみ <input type="checkbox"/> 自宅以外の生活(外出)あり			
	<input type="checkbox"/> 平屋建 <input type="checkbox"/> __階建(主に__階を使用) <input type="checkbox"/> アパート等(__階)			

【サービス利用状況】

在宅	<input type="checkbox"/> 訪問介護	週・月 回	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	週・月 回
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	週・月 回	<input type="checkbox"/> 短期入所(生活・療養合計)	週・月 日
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	週・月 回	<input type="checkbox"/> グループホーム	年 月 日 退所
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	週・月 回	<input type="checkbox"/> 特定施設	年 月 日 退所
	<input type="checkbox"/> 通所介護	週・月 回	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具(レンタル・購入とも)			
	(種類)			
施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	入所施設名	_____	
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	電話番号	_____	
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	(退所日・退所予定日)	平成・令和	年 月 日

【治療の状況(直近の状況)】

1. 治療、リハビリ中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→ 病名()	平成・令和	年 月 頃
2. (通院中・入院中)の病院名	_____			
	↳(退院日・退院予定日)	平成・令和	年 月 日	

住宅改修実施承諾書

当事者の氏名

住宅所有者〔甲〕	
住宅改修を申請する被保険者〔乙〕	

対象住宅

所在地	
種別	一戸建て・分譲マンション・借家〔公営・私営〕・その他〔 〕

甲は乙が現在居住している上記の住宅について、市川町介護保険住宅改修費給付による助成を受けて、住宅改修工事を行うことを承諾します。

また、上記の工事施工中及び施工後に甲乙の間に問題が生じたときは、甲乙共に誠意をもって解決するものとし、市川町に一切の責任をとりません。

市川町長様

令和 年 月 日

住宅所有者〔甲〕: _____ (印)

被保険者〔乙〕: _____ (印)