

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請に係る届出書（事前

記入例

フリガナ	ヒタチ ハナコ	保険者番号	0	4
氏名	日立 花子	被保険者番号	000011111111	
生年月日	明・⊕・昭 5年 ○月 ○日	個人番号		
要介護(支援)状態区分	1.要支援(1・2) 2.要介護(経・1・②・3・4・5)	要介護認定有効期間	〇〇年 〇月 〇日 ～ 〇〇年 〇月 〇日	
住所	日立市 助川 町 1-	改修を行う住宅の所有者を記入。被保険者本人の場合は「本人」、本人以外の場合は「所有者氏名」と「被保険者本人との関係」を記入		
住宅の所有者	日立 太郎	被保険者本人との関係 (夫)		
業者名所在地	〇〇建設(株) 日立市〇〇町1-2-3	改修の内容について 改修を行う事業者を記入 電話番号 (〇〇) 〇〇〇〇		
着工予定日	年 月 日	見積額	123,456 円	
〔該当工事にチェックをしてください〕				
<input checked="" type="checkbox"/> ①手すりの取付け <input type="checkbox"/> ②段差の解消 <input type="checkbox"/> ③床又は通路面の変更 <input type="checkbox"/> ④引き戸な 該当するところにチェック 替え <input type="checkbox"/> ①～⑤の改修に伴って必要となる工事 (見積書(税込み)の金額を記入)				
「住宅改修が必要な理由書」を作成した居宅介護支援事業者等について				
事業所名所在地	〇〇事業所 日立市〇〇町7-8-9	電話番号 (〇〇) 〇〇〇〇		
介護支援専門員等氏名	① 担当の介護支援専門員 2 その他 () 〇〇 〇〇			
上記のとおり居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請に係る事前確認のための開示を 〇〇年 〇月 〇日 行います。 日立市介護保険課長 殿 依頼者 住所 (〒 317 - 8601) (被保険者) 日立市 助川 町 1-1-1 氏名 日立 花子 (自筆) 電話番号 (〇〇) 〇〇〇〇				

【市審査欄】

決裁	課長	係長	起案者	介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給に係る事前の確認について、上記のとおり決定（該当・非該当）し、決定通知を添付してよろしいか。		
	記入不要。市記入欄			同意書	備考 ()	
改修が必要な理由書	平面図	写真	見積り	承諾書	同意書	入院(所)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	無・有 - 退院(所) 日 /

【理由書確認欄】 H .

居宅届 有 ()
 無

作成者 地域包括支援センター (理由書の写しを保管↓)
 介護支援専門員 → 居宅届 (委託含む) 済・未
 所属 上記以外の有資格者 → 計画作成担当者 有・無

住宅改修が必要な理由書

<基本情報>

被保険者 番号	111111	年齢	73歳	生 年 月 日	S 10年 1月10日	女
被保険者 氏名	日立 花子		要支援 (1・2)		要介護 (経過・1・2・3・4・5)	
住 所	日立市助川町1丁目1番1号					

保 険 者	確認日	R 年 月 日	評 価 欄
	氏名		

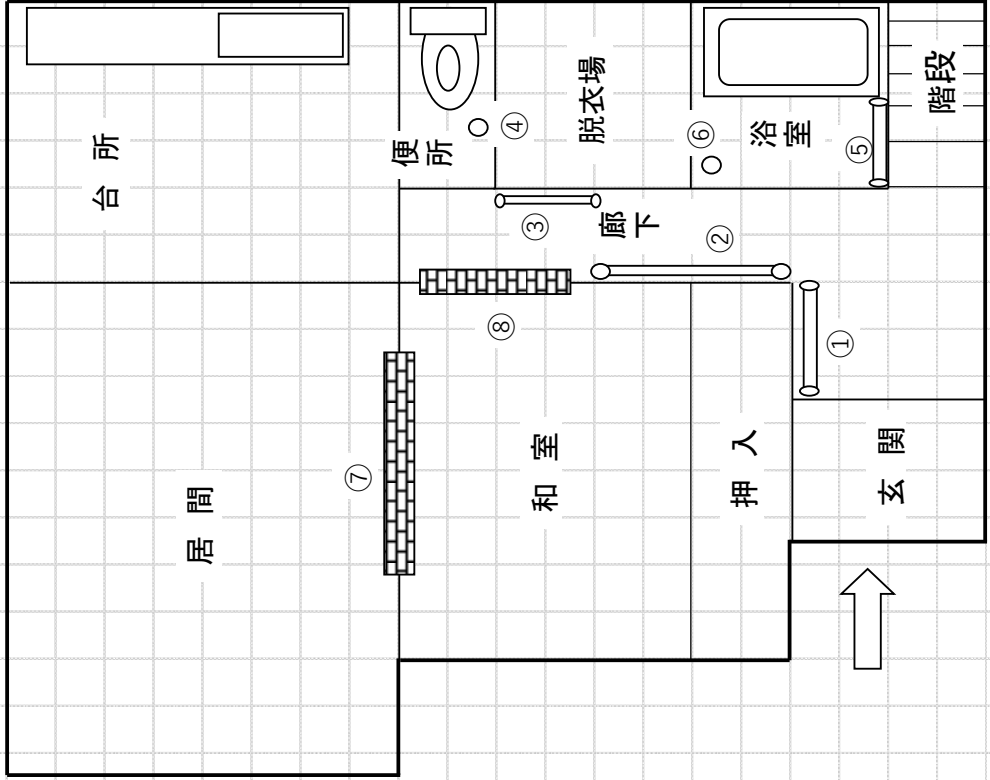
<総合的状況>

利用者の身体状況	令和6年1月、脳梗塞を発症し中央病院に入院。右半身に麻痺が残る。東病院に転院し、リハビリをした結果、つえ歩行による移動が可能になり、退院し自宅に戻る。			福祉用具の利用状況と住宅改修費後の想定	改修前	改修後
介護状況	築30年の木造2階建ての住宅で、本人の夫及び長男夫婦と同居の4人世帯である。主な介護者は長男の妻であり、入浴時に身体介護を行っている。歩行補助つえをレンタルしている。			1 車いす 2 特殊寝台 3 床ずれ防止用具 4 体位変換器 5 手すり 6 スロープ 7 歩行器 8 歩行補助つえ 9 認知症老人徘徊感知機器 10 移動用リフト 11 腰掛便座 12 特殊尿器 13 入浴補助用具 14 簡易浴槽 15 その他 () () () ()	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input checked="" type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input checked="" type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 15 <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	現在、浴室の入り口で体勢を崩しがちで、本人及び介護者の不安があるので、安全に入浴できるようにしたい。					

現地確認日	令和6年 4月1日	作成日	令和6年 4月2日
所属事業所	居宅介護支援事業所 日立		
資格	(作成者が介護支援専門員でない場合)		
氏名	東 一郎		
連絡先	44-5555		
※担当の介護支援専門員でない場合の理由			

作 成 者

※住宅改修を行う業者が作成した図面を添付しても結構です。
その場合には、工事をする場所(設置箇所等)が分かるよう、また写真の番号と一致して確認できるようにお願いします。



工事箇所

- ① 玄関手すり取付け
- ② 廊下手すり取付け
- ③ 廊下手すり取付け
- ④ 便所手すり取付け
- ⑤ 浴室手すり取付け
- ⑥ 浴室手すり取付け
- ⑦ 敷居段差解消
- ⑧ 敷居段差解消

被保険者番号 ()

氏名 ()

写真添付用紙

※写真は、日付入りのものとします。デート機能のないカメラでは、黒板等に日付を記入し、撮影してください。

対象工事	手すりの取付け・段差の解消・床材の変更・扉の取替え・便器の取替え・その他	NO
		撮影日 令和 年 月 日
		撮影日 令和 年 月 日

住宅改修承諾書

私は、私の所有する 助川町 1丁目 1番(番地) 1号の

住宅敷地 に、日立花子 が介護保険のサービスに係る住宅改修を
行うことを承諾します。

被保険者本人の名前

令和 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日

所有者
(住所)

住宅の所有者の住所、名前

日立市助川町 1-1-1

(氏名) **日立太郎**

- 市営・県営住宅の場合は、市又は県から交付される承諾書の写しを提出してください。
- 民間のアパート等賃借の場合で、別に定める承諾書がある場合は、その承諾書の写しでも結構です。

介護保険給付の受領委任払いに係る同意書

(被保険者) 日立 太郎 (以下「被保険者」という。)

(事業者) 〇〇株式会社 (以下「事業者」という。)

今回申請する保険給付費 { 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 } について、
{ 居宅介護(介護予防)住宅改修費 }

※どちらかを○で囲んでください。

次の事項に同意します。

(保険給付に係る支給限度基準額の確認について)

- 1 被保険者は、介護保険に係る福祉用具購入又は住宅改修(以下「サービス」という。)を利用するときは、あらかじめ、自己の支給限度基準額を日立市へ問い合わせるなどして確認すること。また、確認した支給限度基準額を事業者へ通知すること。

(サービスに係る利用料の支払いについて)

- 2 事業者は、被保険者に対してサービスを提供したときは、被保険者から現に当該サービスに要した費用(支給限度基準額の範囲内に限る。)に100分の10(第一号被保険者のうち所得が介護保険法施行令で定める額以上である場合においては100分の20又は100分の30。)を乗じて得た額(1円未満の端数があるときは、これを切り上げるものとする。以下「利用料」という。)を領収すること。この場合において、被保険者は、事業者に対して、利用料を支払うこと。

(保険給付費の受領委任払いについて)

- 3 日立市は、現にサービスに要した費用から利用料を控除して得た額である保険給付費を、被保険者に代わり事業者に対して支払うこと。

(利用料に過不足があった場合の調整について)

- 4 被保険者及び事業者は、利用料に過不足があると認められたときは、双方協議の上、当該過不足金の清算をすること。

同意書を交わした日付

〇年 〇月 〇日

日立市長 殿

(被保険者) 住所 **日立市助川町1-1-1**
氏名 **日立 花子 (自筆)**

登録事業者と一致

(事業者) 所在地 **日立市助川町9-9-9**
事業所名 **〇〇株式会社**
代表者職氏名 **代表取締役 茨城 太郎**

原則、領収証・振込口座の名義と一致
※異なる場合はご相談ください