

介護保険住宅改修施行確認券交付申請書

九重町長 様

下記のとおり関係書類を添えて、住宅改修施行確認券の交付について申請します。

|                   |                                       |          |       |          |               |   |   |   |   |
|-------------------|---------------------------------------|----------|-------|----------|---------------|---|---|---|---|
|                   |                                       | 申請年月日    |       | 年        |               | 月 |   | 日 |   |
| フリガナ              |                                       | 保険者番号    | 九重町   | 4        | 4             | 4 | 6 | 1 | 2 |
| 被保険者氏名            |                                       | 被保険者番号   |       |          |               |   |   |   |   |
| 生年月日              | 明・大・昭 年 月 日                           | 性別       | 男 ・ 女 | 要介護状態区分等 | 要介護（ ）・要支援（ ） |   |   |   |   |
| 被保険者住所            | 〒 電話 番 号                              |          |       |          |               |   |   |   |   |
| 住宅の所有者            |                                       | 被保険者との関係 |       |          |               |   |   |   |   |
| 改修着工予定日           | 年 月 日                                 | 改修完了予定日  | 年 月 日 |          |               |   |   |   |   |
| 改修着工予定日の<br>本人の所在 | 1 在宅      2 年 月 日 退所（院）の予定      3 その他 |          |       |          |               |   |   |   |   |

※着工完了予定日並びに退所（院）の予定日に変更があった場合は変更申請の必要はありません。

|        |                             |              |      |               |   |      |  |  |  |     |
|--------|-----------------------------|--------------|------|---------------|---|------|--|--|--|-----|
| 住宅改修箇所 | 改 修 内 容（対象箇所の左欄に○印を記入して下さい） |              |      |               |   |      |  |  |  |     |
| 屋 外    | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   |      |  |  |  | その他 |
| 玄 関    | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   |      |  |  |  |     |
| 廊 下    | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   |      |  |  |  |     |
| 階 段    | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   |      |  |  |  |     |
| 台 所    | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   |      |  |  |  |     |
| 浴 室    | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   |      |  |  |  |     |
| トイレ    | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   | 便器取替 |  |  |  |     |
| 居間・食堂  | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   |      |  |  |  |     |
| 寝室・居室  | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   |      |  |  |  |     |
| 洗面・脱衣所 | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   |      |  |  |  |     |
| その他    | 手すり                         | 段差解消         | 床材変更 | 扉取替           |   | 便器取替 |  |  |  |     |
| 改修費用合計 | 円                           | ①介護保険<br>対象分 | 円    | ②介護保険<br>対象外分 | 円 |      |  |  |  |     |

|                               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 住宅改修<br>事業者名                  | 担当者名（ ）連絡先（ ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録事業者番号                       |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所<br>名及び介護支援専門<br>員氏名 | 担当者名（ ）連絡先（ ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所番号                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |
|------|
| 特記事項 |
|------|

住宅改修が必要な理由書第1表

〈基本情報〉

|     |        |   |                 |  |                      |    |  |
|-----|--------|---|-----------------|--|----------------------|----|--|
| 利用者 | 被保険者番号 |   | 年齢              |  | 昭和<br>年月日<br>年 月 日   | 性別 |  |
|     | 被保険者氏名 |   | 要介護認定<br>(該当に○) |  | 要支援( ) 経過的要介護 要介護( ) |    |  |
|     | 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    | (作成者が介護支援専門員でないとき) |       |     |       |
|       | 氏 名   |                    | 印     |     |       |
| 連 絡 先 |       |                    |       |     |       |

|     |       |       |       |  |
|-----|-------|-------|-------|--|
| 保険者 | 確 認 日 | 年 月 日 | 評 価 欄 |  |
|     | 氏 名   | 印     |       |  |

〈総合的状況〉

|                                  |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 利用者の身体状況                         |                          | 福祉用具の現状の利用状況と            |                          |                          |
|                                  |                          | 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、<br>利用者は日常生活を<br>どう変えたいか |                          | ●床ずれ予防用具                 | <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第2表

〈第1表の「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。〉

| ①改善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改修目的・期待効果をチェックした上で、改修のコメント(…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<br><input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入<br>(扉の開閉含む)<br><input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む)<br><input type="checkbox"/> 衣服の着脱<br><input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持<br><input type="checkbox"/> 後始末<br><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<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他 |  | <input type="checkbox"/> 手すりの設置<br>( )<br>( )<br>( )<br>( )                                                       |
| 入浴              | <input type="checkbox"/> 浴室までの移動<br><input type="checkbox"/> 衣服の着脱<br><input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入<br>(扉の開閉を含む)<br><input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む)<br><input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持<br><input type="checkbox"/> (洗体・洗髪を含む)<br><input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持<br><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<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他 |  | ( )<br><input type="checkbox"/> 段差の解消<br>( )<br>( )<br>( )<br><input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え<br>( )<br>( )  |
| 外出              | <input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動<br><input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降<br><input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱<br><input type="checkbox"/> 履物の着脱<br><input type="checkbox"/> 出入口の出入<br>(扉の開閉を含む)<br><input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動<br><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<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他 |  | ( )<br>( )<br><input type="checkbox"/> 便器の取替え<br>( )<br>( )                                                       |
| 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<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他 |  | <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更<br>( )<br>( )<br><input type="checkbox"/> その他<br>( )<br>( )<br>( )<br>( ) |

年 月 日

住宅改修見積書

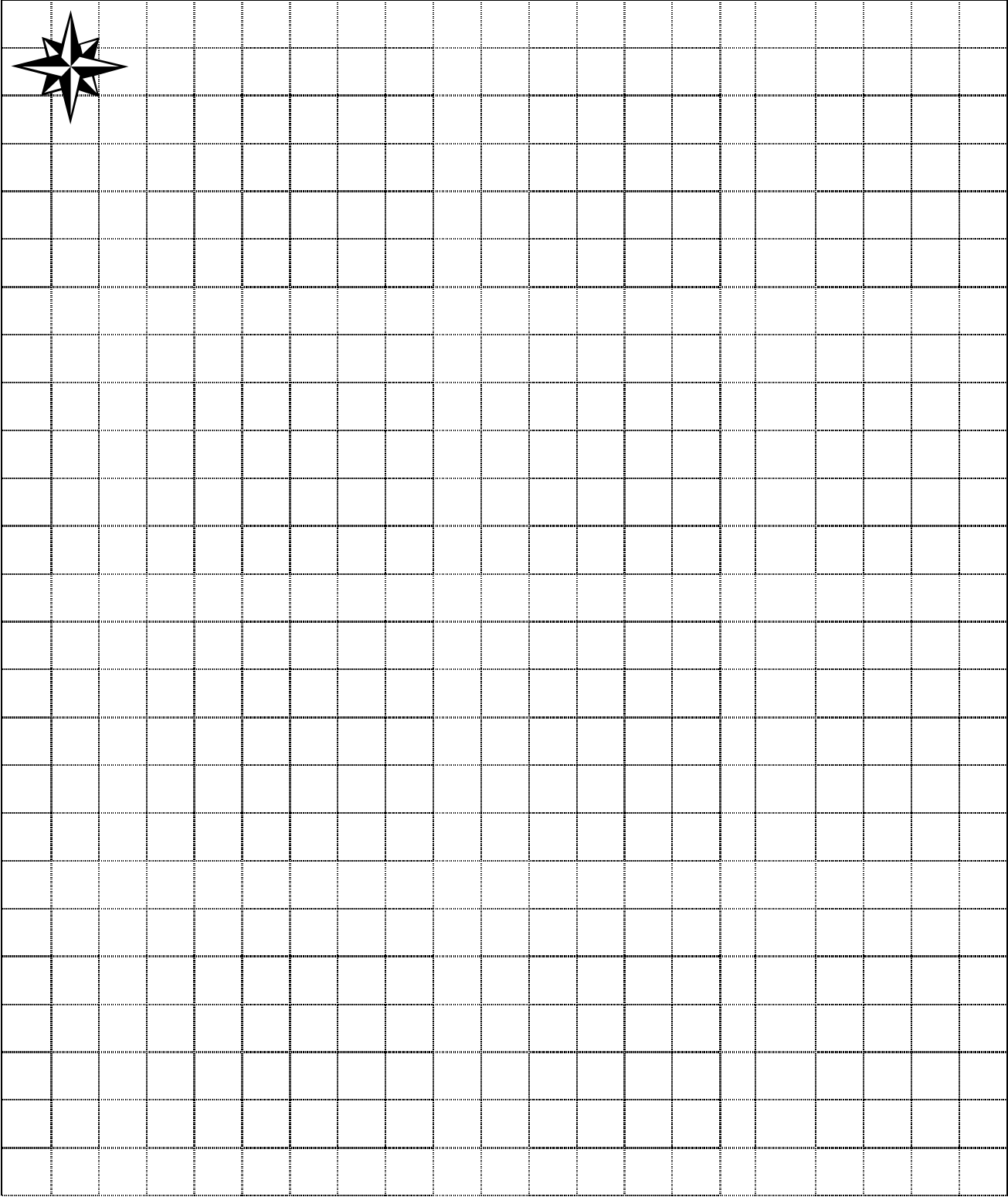
|        |  |
|--------|--|
| 被保険者氏名 |  |
|--------|--|

|       |   |
|-------|---|
| 施工業者名 | 印 |
|-------|---|

| 改修場所 | 改修の名称 | 詳細(仕様) | 全体 |    |    | 対象部分 |    | 備考 |
|------|-------|--------|----|----|----|------|----|----|
|      |       |        | 数量 | 単価 | 金額 | 数量   | 金額 |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
| 計    |       |        |    |    |    |      |    |    |

介護保険住宅改修見取り図

年 月 日

|                                                                                    |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ                                                                               |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                                                                             |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

写真貼付用紙(介護保険用)

|          |  |                |        |  |
|----------|--|----------------|--------|--|
| 被保険者氏名：様 |  | 被保険者番号         | 図面番号表示 |  |
| 施行業者名：   |  |                | NO.    |  |
| 改修箇所：    |  | 対象工事種別         |        |  |
| 改修前      |  | 撮影日(確認日)：年 月 日 |        |  |
|          |  |                |        |  |
| 改修後      |  | 撮影日(確認日)：年 月 日 |        |  |
|          |  |                |        |  |

写真はそれぞれ日付の入ったものとします。デイト機能のないカメラでは、黒板等に日付を記入し、撮影して下さい。

年 月 日

住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、別記表示の住宅に \_\_\_\_\_ が  
別紙「介護保険住宅改修支給申請書」の住宅改修を行うことを承諾します。

【住宅所有者死亡用】

年 月 日

## 代表相続人指定届・住宅改修の承諾書

(代表相続人・住宅改修承諾者)

住 所

氏 名

印

所有者との続柄

下記表示の住宅の所有者（氏名：死亡年月日 年 月 日）  
が死亡しているため、私が代表相続人となり、居宅介護に必要な住宅改修を行うことを承諾いたします。

なお、この届けについて他の相続人から異議がありましても相続人の間で解決いたしますので、九重町には一切ご迷惑をおかけいたしません。

住宅改修を行う住宅（所在地）

九重町大字



## 介護保険居宅介護（支援）住宅改修費 請求書

¥

九重町長 殿

上記のとおり居宅介護（支援）住宅改修費を関係書類を添えて請求します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

電話番号  
印

居宅介護（支援）住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

|                |                 |                           |         |
|----------------|-----------------|---------------------------|---------|
| 銀行・金庫<br>組合・農協 | 本店<br>支店<br>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<br>2 当座預金<br>3 その他 |         |
| フリガナ           | 口座名義人           |                           |         |

- ・ 振込指定口座は、登録事業者の口座を記入して下さい。

第9号様式（第8条関係）

# 委任状

九重町長 様

甲は、居宅介護（介護予防）住宅改修費の請求及び受領に関する権限を乙に委任します。

年      月      日

|                                                               |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 対象被保険者氏名                                                      |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 改修を行った住所<br>九重町大字<br><div style="text-align: right;">番地</div> |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

甲 委任者  
(住所) 九重町大字 番地  
(氏名) 印

乙 受任者  
(住所) 番地  
(氏名) 印

|      |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|

年 月 日

住宅改修内訳書

|        |  |
|--------|--|
| 被保険者氏名 |  |
|--------|--|

|       |   |
|-------|---|
| 施工業者名 | 印 |
|-------|---|

| 改修場所 | 改修の名称 | 詳細(仕様) | 全体 |    |    | 対象部分 |    | 備考 |
|------|-------|--------|----|----|----|------|----|----|
|      |       |        | 数量 | 単価 | 金額 | 数量   | 金額 |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
|      |       |        |    |    |    |      |    |    |
| 計    |       |        |    |    |    |      |    |    |

検 査 調 書

|                                          |                          |                                        |                   |
|------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|-------------------|
| 補 助 事 業 名<br><del>工 事 又 は 事 業 名</del>    | 居宅介護（介護予防）住宅改修費          |                                        |                   |
| 実 施 場 所                                  | 玖珠郡九重町大字                 |                                        |                   |
| 工 期 又 は<br>履 行 期 間                       | 自 平成 年 月 日<br>至 平成 年 月 日 | 補 助 事 業 者<br><del>請 負 業 者</del><br>氏 名 |                   |
| 完 成 期 日                                  | 平成 年 月 日                 |                                        |                   |
| 監 督 員 職 氏 名                              |                          |                                        |                   |
| 検 査 員 職 氏 名                              |                          | 立 会 人 氏 名                              | (印)               |
| 検 査 年 月 日                                | 平成 年 月 日                 |                                        |                   |
| 設 計 額                                    | 円                        | 補 助 金 額<br><del>請 負 代 金 額</del>        | 円                 |
| <del>事 業 概 要</del><br><del>設 計 概 要</del> |                          |                                        | 手 直 し 等 の 検 査 意 見 |
| 実 施                                      | 完 成                      |                                        |                   |
|                                          |                          |                                        |                   |

上記のとおり検査をしました。

平成 年 月 日

検査員職氏名

(印)

発注者 契約担当者  
九重町長

殿

---

|     |     |       |     |
|-----|-----|-------|-----|
| 町 長 | 副町長 | 会計管理者 | 課 長 |
|     |     |       |     |

介護保険住宅改修施行確認券変更申請書

九重町長 様

下記のとおり関係書類を添えて、住宅改修施行確認券の変更について申請します。

|         |             |          |         |          |   |               |   |   |   |
|---------|-------------|----------|---------|----------|---|---------------|---|---|---|
|         |             | 申請年月日    |         | 年        |   | 月             |   | 日 |   |
| フリガナ    |             | 保険者番号    | 九重町     | 4        | 4 | 4             | 6 | 1 | 2 |
| 被保険者氏名  |             | 被保険者番号   |         |          |   |               |   |   |   |
| 生年月日    | 明・大・昭 年 月 日 | 性別       | 男 ・ 女   | 要介護状態区分等 |   | 要介護（ ）・要支援（ ） |   |   |   |
| 被保険者住所  | 〒 電 話 番 号   |          |         |          |   |               |   |   |   |
| 住宅の所有者  |             | 被保険者との関係 |         |          |   |               |   |   |   |
| 改修着工予定日 | 年 月 日       |          | 改修完了予定日 | 年 月 日    |   |               |   |   |   |

|        |                             |      |          |     |  |           |   |  |  |     |
|--------|-----------------------------|------|----------|-----|--|-----------|---|--|--|-----|
| 住宅改修箇所 | 改 修 内 容（対象箇所の左欄に○印を記入して下さい） |      |          |     |  |           |   |  |  |     |
| 屋 外    | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  |           |   |  |  | その他 |
| 玄 関    | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  |           |   |  |  |     |
| 廊 下    | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  |           |   |  |  |     |
| 階 段    | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  |           |   |  |  |     |
| 台 所    | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  |           |   |  |  |     |
| 浴 室    | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  |           |   |  |  |     |
| トイレ    | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  | 便器取替      |   |  |  |     |
| 居間・食堂  | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  |           |   |  |  |     |
| 寝室・居室  | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  |           |   |  |  |     |
| 洗面・脱衣所 | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  |           |   |  |  |     |
| その他    | 手すり                         | 段差解消 | 床材変更     | 扉取替 |  | 便器取替      |   |  |  |     |
| 改修費用合計 | 円                           |      | ①介護保険対象分 | 円   |  | ②介護保険対象外分 | 円 |  |  |     |

|                       |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 住宅改修事業者名              | 担当者名（ ）連絡先（ ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録事業者番号               |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所名及び介護支援専門員氏名 | 担当者名（ ）連絡先（ ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護支援事業所番号           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |
|------|
| 特記事項 |
|------|

- ※ 被保険者欄と、変更箇所のみ記入して下さい。
- ※ 変更申請の際は、次のものを添付して下さい。
  - ・変更後の申請書別表の写し（記載内容が変わる場合）
  - ・変更後の見積書（工事費内訳書）
  - ・変更箇所が確認できる平面図 他
  - ・交付済みの介護保険住宅改修施行確認券