**様式第１号**（第４条関係）

高齢者自立支援住宅改修給付申請書

|  |
| --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日　　奥 多 摩 町 長　　殿住　所　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　　　　　　　　住　所　奥多摩町　　　　　　　　　本　人　氏　名　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　　月　　　日生　　　　　　本人との申請者との続柄　　　　　　次のとおり住宅改修の給付を申請します。 |
| 改修の内容･個所及び規模 |  | 業者名 |  |
| 着工日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 完成日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 改修費用 | 円 |
| 添　付　書　類　(１)　　住宅改修理由書　(２)　　工事費内訳書　(３)　　家屋所有者承諾書(改修を行った住宅の所有者が申請者又は本人でない場合)　(４)　　その他 |

**住宅改修が必要な理由書**

１．被保険者の状況　　　　　　　　　　　　　　　※介護保険住宅改修･住宅改修予防給付･住宅設備改修給付 共通様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 被保険者住所 | 奥多摩町 | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　年　　月　　日 | 要介護度 | 要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５ |

２．理由書作成者の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  | 電話番号 |  |
| 介護支援専門員等氏名 |  | 作成年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

※作業療法士、理学療法士、福祉住環境コーディネーター(２級以上)、都住宅改修アドバイザー及び地域包括支援センター職員も作成可。

|  |  |
| --- | --- |
| 工事内容事前確認日 | 令和　　年　　月　　日 |

３．介護保険住宅改修（住宅改修予防給付・住宅設備改修給付）が必要である理由

|  |
| --- |
| ①被保険者の身体の状況 |
|  |
|  |
|  |
| ②被保険者の住宅の状況及び困難な生活動作 |
|  |
|  |
|  |
| ③住宅改修の目的及び効果 |
|  |
|  |
|  |

４．介護保険住宅改修（住宅改修予防給付）の内容

|  |  |
| --- | --- |
| □手すりの設置 | 内容 |
| □段差の解消 | 内容 |
| □滑り防止等のための床材の変更 | 内容 |
| □引き戸等への扉の取替え | 内容 |
| □洋式便器等への便器の取替え | 内容 |
| □付帯工事・その他 | 内容 |

※住宅改修費は、現に居住する住宅について行われ、かつ、被保険者の心身の状況や住宅の状況などを勘案して必要と認められる場合に限り支給されます。（介護保険法施行規則第７４条及び第９３条）

５．住宅設備改修給付の内容　　　　※介護保険住宅改修または介護保険外住宅改修予防給付と合わせて実施する場合に記入。

|  |  |
| --- | --- |
| □浴槽の取替え | 内容 |
| □流し、洗面台の取替え | 内容 |
| □洋式便器への取替え | 内容 |
| □付帯工事・その他 | 内容 |

**様式第３号**（第４条関係）

令和　　年　　月　　日

家　屋　所　有　者　承　諾　書

　奥 多 摩 町 長　　殿

（家屋所有者）

住　所

氏　名

　私は､私の所有する下記表示の住宅について､別紙「高齢者自立支援住宅改修給付申請書」のとおり住宅改修を行うことを承諾いたします。

記

１　家屋所在地　　　　　奥多摩町

２　家屋使用者　　　　　奥多摩町

氏　　名