**介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費**

**受領委任払い利用申請書＜改修前＞**

　　　年　　　月　　　日

奥　多　摩　町　長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者(被保険者） | 住所 |
| 氏名 |
| 電話番号 |
|  |
| 代筆者 | 氏名 |
| 電話番号 |
| 申請者との関係 |

次のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費受領委任払い利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 奥多摩町 | 1 | 3 | 3 | 0 | 8 | 2 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大　・　昭　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住宅の所有者 |  | 本人との関係 |  |
| 改修の内容・箇所及び規模 |  | 着工予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 完了予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 施行予定事業者 |  | 電話番号 |
| 居宅介護支援事業者名等 |  | 介護支援専門員名 |
| 改修費用見積額 | 円　 | 介護保険適用額円　 |

※この申請書に介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書・住宅改修を行おうとする箇所の図面及び見積書を添付してください。

**※改修を行った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。**

|  |
| --- |
| 受　　付　　印 |
|  |

**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 | 　　　　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 | 　　　　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 |

　　年　　月　　日

住宅改修承諾書

（所有者）

住　所

氏　名

住宅改修を下記のとおり承諾します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　宅（土地） | 所在地 |  |
| 利用者 |  |
| 住宅改修の概要 |  |

**介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費**

**受領委任払い支給申請書＜改修後＞**

　　　年　　　月　　　日

奥　多　摩　町　長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者(受領委任者） | 住所 |
| 氏名 |
| 電話番号 |

次のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）住宅改修費の申請及び受領に関する権限を、下欄の受取人に委任します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 奥多摩町 | 1 | 3 | 3 | 0 | 8 | 2 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大　・　昭　　　　年　　　月　　　日 |
| 住宅の所有者 |  | 本人との関係 |  |
| 改修の内容・箇所及び規模 |  | 着工日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 完了日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 改修費用額 | 円　 | 支給申請額 | 円　 |
| 受　取　人 | 所在地 |
| 登録事業者名 | 電話番号 |
| 代表者氏名 |

※この申請書に住宅改修費受領委任払い利用承認書、完成後の状態を確認できる書類(改修箇所ごとの日付入りの改修前・改修後の写真）、改修工事費内訳書、被保険者の支払った自己負担額の領収書の写しを添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄※施工業者口座 | 金融機関名 | 本・支店名 |  |  |
|  |  |
| 種目 | □普通預金 | 口座番号 |  | 受　　付　　印 |
| □当座預金 |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |