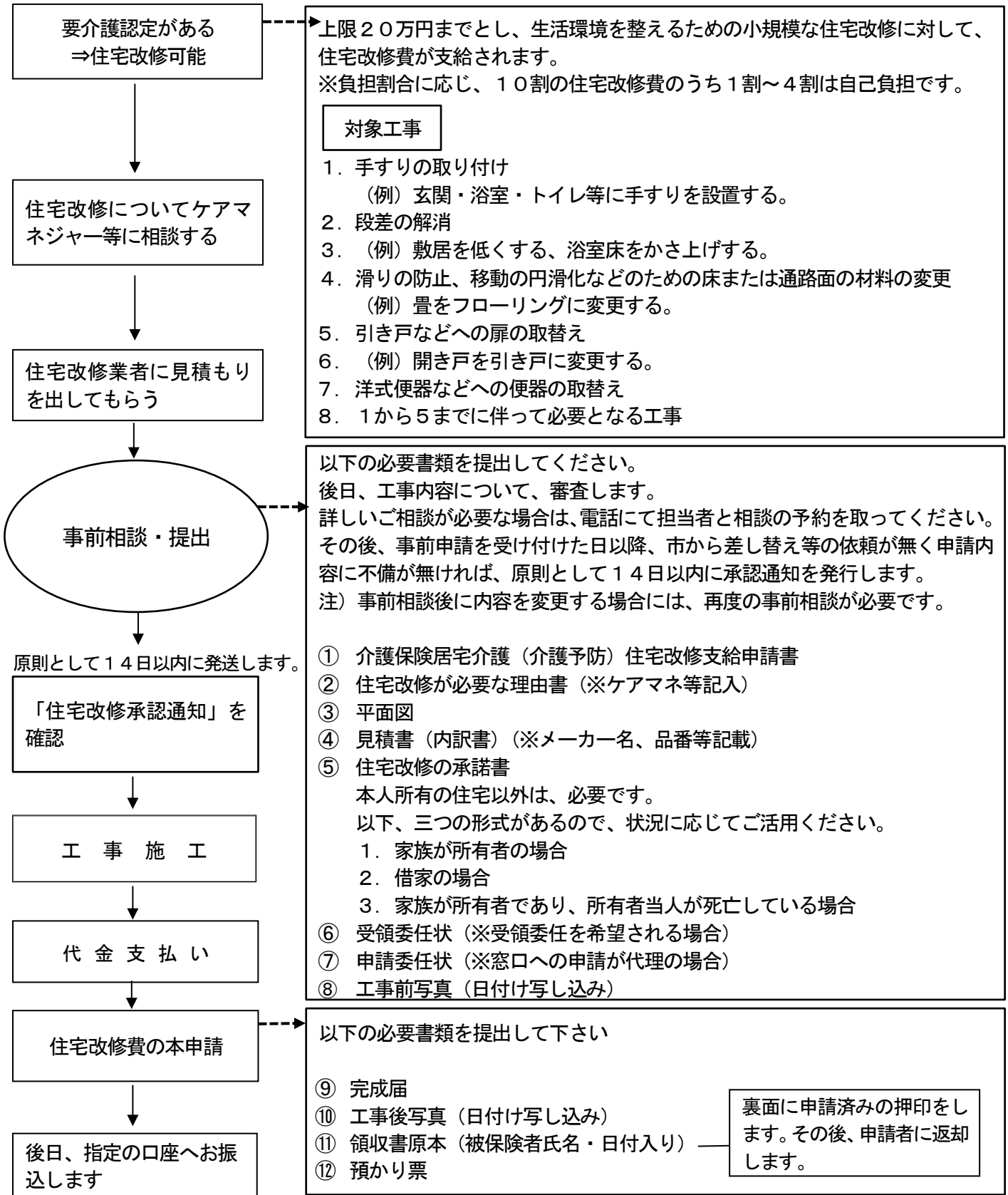


# 住宅改修費支給までの流れ

住宅改修は介護保険での工事の申請です。  
 申請の際には市から数回修正依頼をする場合があります。  
 不備等がなくなるまで承認通知は発行できませんので予め御了承ください。



# 住宅改修費支給申請についてお願い

## 住宅改修費が算定されるもの

### ①. 住宅改修の設計及び積算の方法について

住宅改修を伴わない設計及び積算のみの費用については、住宅改修費の支給対象とはなりません。

### ②. 新築または増築の場合

住宅の新築・・・住宅改修費の支給対象外です。

増築の場合・・・新たに居室を設ける場合には、支給対象外です。以下は例外です。

- ・廊下の拡張に伴って手すりを取り付ける場合
- ・便器の拡張に伴い和式便器を洋式便器に変えた場合等

上記の場合は、それぞれ「手すりの取り付け」「洋式便器への便座の取り替え」に要した費用のみ対象となりますので、③の方法により、支給対象部分を算定します。

### ③. 住宅改修費の支給対象外の工事も併せて行われる場合

#### A. 支給対象部分の抽出

支給対象部分について、面積・長さ等数量を特定して抽出し、それぞれに単価を乗じて金額を算定します。

#### B. 按分による方法

解体費や材・工に区分するのが困難な工事科目については、有意な方法で対象範囲を按分し、その根拠を明示します。

### ④. 被保険者等自らまたは家族等によって住宅改修を行った場合

材料費のみが支給対象です。工賃は支給対象外です。この場合、添付する「工事内訳書」は、使用した材料の内訳を記載したものを本人または家族が作成します。「住宅改修に要した費用に係る領収書」は、材料の販売者が発行したものとします。

### ⑤. 一つの住宅に複数の被保険者がいる場合

住宅改修費の支給限度額の管理は、被保険者ごとに行われるため、被保険者ごとに住宅改修費の支給申請をすることができます。ただし、一つの住宅で複数の被保険者に係る住宅改修が行われた場合、各被保険者ごとに対象となる工事を設定し、それが重複しないようにします。つまり、手すりを複数箇所設置した場合は、被保険者ごとに箇所を分けてそれぞれ申請できますが、同一の便器の取り替えに40万円要した場合に20万円ずつ請求することはできません。

## 住宅改修Q &amp; A

項目	質問	回答
写真	<p>① 写真について何か決まりはありますか</p> <p>② 写真の日付には決まりがあるか</p>	<p>① 改修箇所が明確に分かるようにしてください。写真内に改修内容（例：手すりのイメージ）を描きこんでください。段差解消の場合は、解消する段差が確認できるよう施工前後はスケール等を当てた写真が必要です。踏み台等を固定している金具を写してください。（施工後見えなくなる場合は、施工中の写真を添えてください）</p> <p>② 改修前写真及び改修後写真には年月日を写し込みしてください。カメラ、デジタルカメラの日付機能による表示やパソコンでの加工による年月日では申請受理できません。</p>
工事内容の変更	手すりの裏の補強について、現場で変更になることがあるがどうしたらよいか	補強の増減についてのみの変更は、現場から速やかに電話で相談してください。工事施工日時が市役所業務時間外、休日の場合には、中止をして頂き、開庁日時に速やかに電話で相談をしてください。
工事内容の変更	事前相談承認後に被保険者から工事内容の変更依頼があった場合はどうしたらよいか	工事内容の変更（位置の変更等）については、すべて再度、事前相談をしてから着工を進めてください。承認を経ないで行った改修工事は、給付の対象となりません。また、現場で着工時の工事内容の変更についても同等の扱いとなります。
消費税	見積書の消費税についての注意点はありますか	消費税の値引きはできません。
業者	住宅改修の事業所の登録制度はあるか	座間市では業者の登録を現在は行っておりません。今後、変更の可能性があります。
業者	家族が大工を営んでいるが、住宅改修工事を発注した場合、工賃も支給申請の対象となるか	工賃は支給対象外です。材料の購入費のみが支給対象です。被保険者が自ら、住宅改修のための材料を購入し、本人又は家族等により住宅改修が行われる場合は、材料の購入費を住宅改修費の支給対象とすることとされています。
諸経費	保険給付対象となる諸経費はどこまでを含むのか	直接工事費の10%以下の金額です。直接工事費（材料費、取付金具費、解体費、廃棄処分費、施工費）と消費税等を除くものです。ただし、役所への申請書類作成料、申請代行料、工事完成写真代、作業員の損害保険料などは諸経費としては、認められません。なお、諸経費として計上されている金額の内訳については、必要最低限とし、保険者や利用者から説明を求められた際は内訳の詳細を明示する必要があります。

工事内容	玄関の下駄箱や移動に掴まる家具への手すり取り付けは対象になるのか。	原則対象外です。玄関の下駄箱については、安全性の確保とその箇所以外では対応が出来ない等の理由がある場合には、介護支援専門員を通じて、保険者に相談してください。詳細は、事前相談で確認します。
工事内容	和式から洋式便器への変更を行う場合、給付対象となる部分はどこか	必要最低限として保険者が認める部分となります。非水洗の和式便器から水洗の洋式便器に取り替える場合において、便器本体の工事とともに、水洗化の工事が行われるかと思いますが、その場合の「水洗化」の工事は対象外です。 「便器の取替え」に付帯する工事として、「便器の取替えに伴う給排水設備工事」として想定しているのは、和式の水洗便所を洋式の水洗便所に変えるときに、配水管の長さや位置を変える部分に関わる部分のみであり、その部分が対象となります。
工事内容	介護保険の住宅改修と同時に給付対象としない工事も行う。見積はどう書けばよいか。共通の部分はどうするのか	内訳書に関しては、介護保険対象部分と対象外部分が明確にわかるように記載してください。見積書の費用は支給対象となる費用を明示してください。支給対象部分は、使用する部分のみで定価から按分してください。 介護保険の給付対象となるのは厚生労働大臣が定める居宅介護住宅改修費等の支給に係る住宅改修の種類（平成12年12月28日 厚生省告示第481号）及び介護支援専門員等が作成する理由書で判断をします。
工事内容	ユニットバスに改修し、段差の解消と手すりの取り付けをしたいが全部が対象になるのか。	床、浴槽、手すり、扉は対象になる可能性がありますが、他は対象になりません。按分をした見積もり等が必要です。
工事内容	便器の洗浄機能の取り付け改修費は保険対象か。	対象外です。
付帯工事	「付帯工事など」とはどのようなものまでをいうのか	主なものは、以下のものが国より例示されています。 (1)手すり 手すりの取り付けのための壁の下地補強 (2)段差の解消 浴室の段差の解消（床のかさあげ）に伴う給排水設備工事、スロープの設置に伴う転落や脱輪防止を目的とする柵や立ち上がりの設置 (3)床または通路面の材料の変更 床材変更のための下地の補修や根太の補強または通路面の材質変更のための路盤の整備 (4)扉の取り換え 扉の取り換えに伴う壁または柱の改修工事 (5)便器の取り換え 便器の取り換えに伴う給排水設備工事（水洗化または簡易水洗化に係るものを除く）、便器の取り換えに伴う床材の変更  最終的には、必要最低限として保険者が付帯工事として認める範囲となります。 手すりの取り付けのために下地補強をするからという理由で壁全面のクロスの張替えなどは認められません。 詳細は、事前相談で確認をします。

<p>受給権者</p>	<p>① 領収書の名義は誰にするのか。 ② 限度額を超えたときの領収書の記載について</p>	<p>① 被保険者本人の氏名（フルネーム）です。家族や大家等では受付できません。御注意ください。 ② 領収額に事前申請時の合計金額を記載してください。但し書きへ介護保険対象部分を記載してください。</p>
<p>計算方法</p>	<p>計算方法について教えてください。</p>	<p>他のサービスと同様の考え方であり、保険給付額を小数点以下切り捨てで処理し、残額が自己（本人）負担となります。具体的には、 工事費（消費税込）123,456円 負担割合1割の場合 保険給付分 <math>123,456 \times 90\% = 111,110.4</math> (小数点切捨て) 本人負担分 <math>123,456 - 111,110 = 12,346</math>円 となります。</p>
<p>所有者</p>	<p>住宅所有者が既に死亡しており、承諾書の受領ができない場合はどうしたら良いか。</p>	<p>基本的には相続後に住宅改修を行うべきであるとする。しかし、急いで工事しなければならない場合は、「相続人代表者指定届・住宅改修にかかる承諾書」の提出をお願いします。</p>

座間市介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修  
支給申請書類一式

※	・申請書
※	・申請書理由書(P1～3)
	・平面図
	・見積書(内訳書)P1～2
※	・承諾書(賃貸契約の場合)
※	・承諾書(家族用:賃貸契約がある場合を除く)
※	・申請委任状(法人用・個人用)
※	・受領委任状
※	・完成届出書
	・工事前写真台紙
	・工事後写真台紙

～書類作成時のお願い～

- ①※印は、座間市の用紙でお願いします。
- ②※印以外は、任意の書式で受付可能です。
- ③記入例を作成しています。併せて御確認ください。

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

フリガナ		保険者 番号		1	4	2	1	6	6
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 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 電話番号( )								
住宅所有者	本人との関係 )								
改修の内容 箇所及び規模	施工業者名								
	着工予定日		年 月 日						
	着 工 日		年 月 日						
	完 成 日		年 月 日						
	領 収 日		年 月 日						
負担割合	( ) 割 ※負担割合証及び被保険者証を確認し記入してください。								
改 修 費 用	円								
(宛先)座間市長 上記のとおり、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。 年 月 日 住 所 座間市 申 請 者 氏 名 _____ 印 電話番号 _____									
この申請について、個人番号を使用しての照会・調査を行うことがあります。 ※この申請書に、以下の書類を添付してください。 <u>事前申請した内容に変更がある場合は、保険者に確認が必要です。</u> (改修前) ・ 理由書 ・ 平面図 ・ 見積書(内訳書) ・ 工事前写真(日付写込) ・ 所有者の承諾書(所有者が本人と異なる場合) ・ 受領委任状(受領委任払いを希望される場合) ・ 申請委任状(窓口への申請が代理の場合) (改修後) ・ 完成届 ・ 工事後写真(日付写込) ・ 領収書原本(被保険者名義)→※生活保護受給者の場合(被保険者名義/座間市長宛)									
居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。									
口座振込 依頼欄	銀行		本店		口座番号(右づめで記入)				
	信用金庫		支店						
	信用組合		出張所						
	農業協同組合								
金融機関コード		支店コード		種目	1 普通預金		2 当座預金		
フリガナ									
口座名義人									

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。

○保険者確認欄

給付制限	添付書類確認	<input type="checkbox"/> 理由書	<input type="checkbox"/> 見積・内訳書
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 承諾書	<input type="checkbox"/> 図面・写真等
事前相談承認担当者			

# 住宅改修が必要な理由書

(P1)

座間市介護保険課

## <基本情報>

利用者	被保険者番号	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳		
	被保険者氏名	要介護認定 (該当に○)	要支援	1・2	申請中※1
	住所	座間市			

作成者	改修前 現地確認日	年 月 日	理由書 作成日	年 月 日
	居宅介護支援事業所名 所在地・電話番号			
	介護支援専門員等氏名 印			

## <住宅改修における確認事項> 《該当する□に✓してください》

<input type="checkbox"/> 在宅(改修する住宅と住所地在同一)	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請中※1	<input type="checkbox"/> 入院・入所中(退院等に向けた改修→退院等の予定日: 年 月 日)※2
<input type="checkbox"/> 改修2回目以降(利用済額 円)	<input type="checkbox"/> 転居によるリセット適用	<input type="checkbox"/> 介護度の3段階リセット適用
<input type="checkbox"/> 障害施策との併用※3		

※1 認定結果が確定してから本申請 ※2 退院・退所してから本申請 ※3 事前相談が必要

リハ職の助言	同居家族状況	検討したかどうか
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 理学療法士(PT) <input type="checkbox"/> 作業療法士(OT)	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 居室の変更 <input type="checkbox"/> 福祉用具の利用 相見積を取ったか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ★ 相見積を取った業者と金額 業者名: _____ ¥ _____ 業者名: _____ ¥ _____
家屋形態	居住形態	☆ 相見積を取らない場合の理由
<input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input type="checkbox"/> 戸建(借家) <input type="checkbox"/> 集合(持家) <input type="checkbox"/> 集合(賃貸)	1.戸建の場合 → 主に 階で生活 2.被保険者の居室 → 専用 ・ 共用 3.居室の広さ → 約 畳	

保険者確認欄
確認日
年 月 日
氏名
評価

## <総合的状況>

利用者の 身体状況	介護状況	住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	福祉用具の利用状況		
			品目	改修前	改修後
貸与			● 車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			● 特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			● 床ずれ防止用具	<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"/>
			● 移動用リフト(つり具部分を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			● 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
購入			● 自動排泄処理装置(交換可能部品を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			● 腰掛便座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			● 自動排泄処理装置の交換部品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			● 移動用リフトのつり具部分	<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(自費で利用している福祉用具等)		
			( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(平成30年12月改正)

# 住宅改修が必要な理由書

(P2)

<P1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(…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、改修の方針(…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)>

活動	①改善しようとしている生活動作	②①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、改修の方針(…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 <input type="checkbox"/> トイレの出入り口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <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 <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け ( ) ( ) ( ) ( )
入浴	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <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 <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 段差の解消 ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え ( )
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いすなど、装具の着脱 <input type="checkbox"/> はき物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <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 <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更 ( )
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 <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ( )

# 住宅改修が必要な理由書

( P )

( 継続用紙 )  
座間市介護保険課

<P1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(…なので…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、改修の方針(…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)を具体的に記入してください。>

活動	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…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、改修の方針(…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)
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 <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け ( ) ( ) ( ) ( )
			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 段差の解消 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え ( )
			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更 ( )
			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ( )

## 平面図

フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名											
1. 平面図(改修部分は朱書き)											

※ 添付書類

1. 改修前の写真(日付写し込み)

(平成30年12月改正)





住宅改修承諾書

年 月 日

住宅改修承諾書についてのお願い

(所有者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 殿

(賃借人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私が賃借している下記(1)の住宅の住宅改修を、別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」のとおり行いたいので承諾願います。

記

(1)住宅	名称	
	所在地	
	住戸番号	
(2)住宅改修の概要	個所・部位	内容

承諾書

上記について承諾します。

(なお、 \_\_\_\_\_ )

年 月 日

(所有者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(注)

- 1 賃借人は、本承諾書の点線から上の部分を記載し、所有者に2通提出してください。所有者は、承諾する場合には本承諾書の点線から下の部分を記載し、1通を賃借人に返還し、1通を保管してください。
- 2 (1)の欄は、契約書頭書を参考にしてください。
- 3 承諾にあたっての確認事項があれば、「なお、」の後に記載してください。

(平成30年12月改正)

住宅改修承諾書(家族用:賃貸契約がある場合を除く)

年 月 日

住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住所

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

印

(続柄 )

私は、下記表示の住宅に、(被保険者氏名) \_\_\_\_\_ が

別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行う  
ことを承諾いたします。

住宅改修を行う住宅(所在地)

座間市

(注)共有名義の場合は、被保険者以外の名義人の方全員の承諾書が必要となります。

(平成30年12月改正)

年 月 日

## 相続人代表者指定届・住宅改修にかかる承諾書

(代表相続人・住宅改修承諾者)

住 所

氏 名

所有者との続柄(

(住宅改修を行う住宅の所在地)

座間市

(住宅所有者)

氏名

死亡年月日 年 月 日

上記表示の住宅所有者が死亡しているため、私が相続人代表者となり、被保険者

が別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行うことを承諾いたします。

なお、この届け出について他の相続人から疑義の申出があったときには、一切の責任を負うことを誓約します。

(令和3年1月改正)

## 委 任 状

委任者 住 所

---

氏 名

印

---

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請      本申請      (※該当する委任行為の□に✓してください)

について、申請に関する権限を下記の者に委任します。

年      月      日

受任者 住 所

---

事 業 者 名

---

代表者氏名

印

---

電 話 番 号

---

(平成30年12月改正)

## 委 任 状

委任者 住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

印

\_\_\_\_\_

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請      本申請      (※該当する委任行為の□に✓してください)

について、申請に関する権限を下記の者に委任します。

年      月      日

受任者 住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

印

\_\_\_\_\_

電 話 番 号

\_\_\_\_\_

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求める場合があります。

(平成30年12月改正)

## 委 任 状

委任者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費の  
給付費の償還払いによる受領方法に承諾し、その給付費の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者 住 所 \_\_\_\_\_

事 業 者 名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

(平成30年12月改正)

# 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修工事完成届

年 月 日

(宛先)座間市長

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日付けで事前申請しました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修が、  
次のとおり完成しましたので届け出ます。

施工住所	
改修工事内容・箇所	

着工年月日	年 月 日
完成年月日	年 月 日

退院・退所日	年 月 日
--------	-------

※退院・退所していない場合、支給できませんのでご注意ください。

## 添付書類

- 1 住宅改修後の写真(日付写し込で、浴室、廊下等の箇所ごとがわかるもの)
- 2 住宅改修に要した費用に係る領収書

(平成30年12月改正)

改修場所

工事前の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)  
写真内に改修内容(例:手すり取付 等のイメージ)を描きこんでください。

改修場所

工事前の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)  
写真内に改修内容(例:手すり取付 等のイメージ)を描きこんでください。

改修場所

工事前の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)  
写真内に改修内容(例:手すり取付 等のイメージ)を描きこんでください。

改修場所

工事後の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)

改修場所

工事後の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)

改修場所

工事後の写真が入ります

(日付を写し込んだもの)

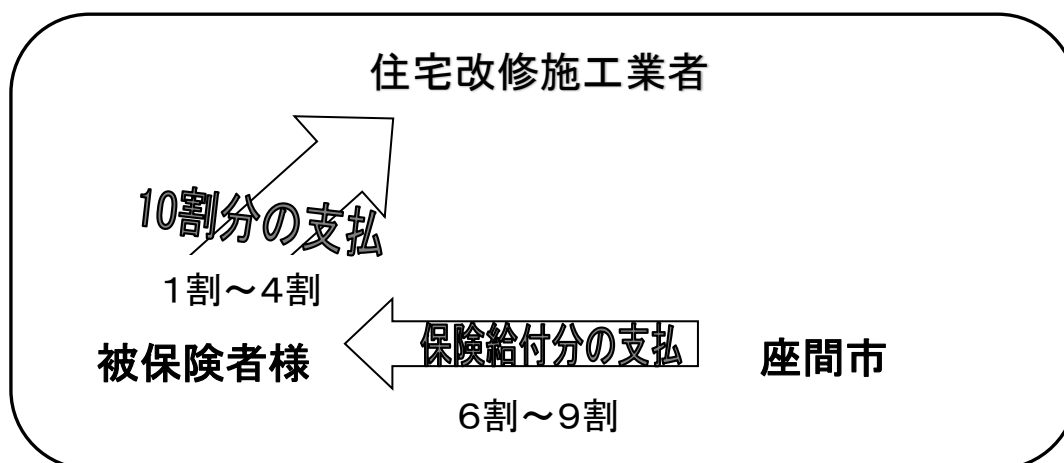
改修場所の併記(例:トイレ内壁 等)

# 住宅改修記入例(償還払い)

償還払いでの住宅改修支給申請書の記入例です。  
ご不明な点がございましたら、担当までお問い合わせください。

## 償還払いとは

被保険者様が住宅改修施工業者に全額の費用を支払い、  
その後、保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)を座間市が被保険者様に支払う方法です。



## 注意事項

- ① 申請の際には、必要書類がそろっているか、日付等記入漏れがないか、今一度ご確認の上、介護保険課の窓口にお越しください。
- ② 捨印の意味をきちんとご利用者やご家族に説明をした上で、正しい利用をして頂かないと受付ができません。
- ③ 消えるボールペンでの記入は受け付けできません。  
後に発覚した場合には、再提出をして頂きます。  
メーカーでも公文書や証書類・宛名書き等に使用してはいけないと注意書きされています。  
ご利用者様やご家族様に記入していただく場合は、  
官公署に提出する大切な書類であることをご説明の上、正しく記入していただくようにしてください。
- ④ 申請に当たりましては、追加で資料等をご用意いただく場合がありますのでよろしくお願いします。

(記入例)

黒字の部分について記入してください

第52号様式

※必ず工事前に申請書を提出してください

個人番号を記載するとき

- 1.被保険者本人の個人番号通知カード
  - 2.個人番号カード
  - 3.1か2の写し
- 上記のいずれかが必要になります。  
※ 個人番号が記載されていない場合、受付は可能で

介護保険居宅介護(介護予防)												
フリガナ	ザマ タロウ											
被保険者氏名	座間 太郎				個人番号	1	1	1	1	1		
生年月日	明大昭	25	年	4	月	1	日	性別	男	女		
住所	座間市緑ヶ丘1丁目1番1号				☑在宅 ☐入院・入所中							
住宅所有者	座間 太郎				本人との関係(本人)							
改修の内容 箇所及び規模	手すり工事 5ヶ所				施工業者名	株式会社 座間介護設備						
	敷居の段差解消 1ヶ所				着工予定日	△△年○月×日						
					着工日	年 月 日						
負担割合	( 1 ) 割 ※負担割合証及び被保険者				事前申請後、市から差し替え等の依頼等が無く、申請内容に不備等が無ければ原則14日以内に承認通知を発行します。承認通知を確認後、着工してください。							
改修費用	200,000											
<p>(宛先)座間市長</p> <p>上記のとおり、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。</p> <p>△△年○月×日</p> <p>住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号</p> <p>申請者 座間 太郎</p> <p>氏名 座間 太郎</p> <p>電話番号 046-252-7719</p> <p>申請日(届出日)は必ず記入してください。</p> <p>被保険者名を記入してください。</p> <p>必ず被保険者の印鑑を押印してください。</p>												
<p>この申請について、個人番号を使用するの照会・調査を行うことがあります。</p> <p>※この申請書に、以下の書類を添付してください。事前申請した内容に</p> <p>(改修前) ・理由書 ・平面図 ・見積書(内訳書) ・工事前写真(日付写込) ・所有者の承諾書(所有者が本人と異なる場合)</p> <p>・受領委任状(受領委任払いを希望される場合) ・申請委任状(窓口への申請が代理の場合)</p> <p>(改修後) ・完成届 ・工事後写真(日付写込)</p> <p>・領収書原本(被保険者名義)→※生活保護受給者の場合(被保険者名義/座間市長宛)</p> <p>居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。</p>												
口座振込 依頼欄	座間		銀行		本店		口座番号(右づめで記入)					
	座間		信用金庫		座間		1	1	1	1	1	1
	座間		信用組合		支店							
	座間		農業協同組合		出張所							
金融機関コード				支店コード			種目	① 普通預金				
7	7	7	7	8	8	8	2当座預金					
フリガナ		ザマ ジロウ										
口座名義人		座間 次郎(長男)										

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。

○保険者確認欄

給付制限	添付書類
☐有 ☐無 ☐	☐有 ☐無 ☐
事前相談承認担当	

償還払いの場合、被保険者様又は、ご家族様の口座をご記入ください。

ご家族様の口座をご記入いただいた場合は、被保険者様とのご関係も併せてご記入ください。

# 住宅改修が必要な理由書

## <基本情報>

利用者	被保険者番号	生年月日	明	座間市介護保険課 △△年 ○月 ×日
	被保険者氏名	要介護認定	成	センター 座間市緑ヶ丘1-1-1 216-855-1111
	住所	座間 花子		座間

**【座間市介護保険課】の様式をご使用ください。**  
この様式以外は受付できません。

該当する箇所に忘れずに印をつけて下さい。入院・入所中かこちらで確認できません。  
事前相談処理時点で入院・入所中なのか、本申請時在宅に戻られたか等、確認させていただく場合があります。

## <住宅改修における確認事項> 《該当する口に○をつけて下さい》

<input checked="" type="checkbox"/> 在宅(改修する住宅と住所地が同一)	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請中※1	<input type="checkbox"/> 入院・入所中(退院等に向けた改修→退院等の予定日: 年 月 日)※2
<input type="checkbox"/> 改修2回目以降(利用済額 円)	<input type="checkbox"/> 転居によるリセット適用	<input type="checkbox"/> 介護度の3段階リセット適用
	<input type="checkbox"/> 障害施策との併用※3	

※1 認定結果が確定してから本申請 ※2 退院・退所してから本申請 ※3 事前相談が必要

リハ職の助言	同居家族状況	検討したかどうか
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 □理学療法士(PT) □作業療法士(OT)	<input checked="" type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 居室の変更 □福祉用具の利用 ★ 相見積を取った業者と金額 業者名: 座間建設 ¥ 40,000 業者名: ☆ 相見積を取らない場合の理由
家屋形態	居住形態	
<input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input checked="" type="checkbox"/> 戸建(借家) <input type="checkbox"/> 集合(持家) <input type="checkbox"/> 集合(賃貸)	1.戸建の場合 → 主に 1 階で生活 2.被保険者の居室 → <b>専用</b> ・ 共用 3.居室の広さ → 約 6 畳	

平成30年10月1日より、住宅改修を行う場合は、ケアプラン作成時に相見積を取り、被保険者へ助言するようになりました。

保険者確認欄
確認日 年 月 日
氏名
評価

## <総合的状況>

利用者の身体状況	脳梗塞、両変形性膝関節症。平成○年△月×日、A病院に入院し、脱水による脳梗塞と診断を受けたが麻痺はなく、□月◎日に退院。現在、起き上がりはものにつかまれば可能。立ち上がり時に左膝疼痛あり。屋内歩行はゆっくりだが、つたい歩きが可能。屋外移動には車いすを介助により使用。リハビリにて回復の可能性あり。車は持っているが、膝の痛みがあるため、免許返納予定。	福祉用具の利用状況
介護状況	独居だが、同一敷地内長女夫婦が居住。近隣には長男家族が居住。長女、長男が交代で介護可能。今は排泄についてはポータブルトイレを利用している。入浴は、訪問入浴利用の週2回のみである。特に上がりかまち段差の昇降は介助がないと難しい。	貸与
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	トイレで排泄させたい。入浴については訪問入浴を利用しつつ、休日はバスボードの利用で長男長女による介助入浴の負担軽減を図る。通所介護への送りだし時も含めて、外出時の介護負担を軽減したい。脱水に留意し、在宅生活を長くできるよう配慮する。長男長女の援助を受ける事とするが、介護疲労に注意し、介護サービスの導入と通所介護・通所リハビリテーションの利用につなげていく。福祉用具と住宅改修を導入することにより、排泄の自立を第一目標とし、さらに介護者の希望である通所介護や、休日の外出介助時の負担軽減を図り、外出機会の増加を検討していく。	品目

移動や立ち上がり、姿勢保持といった生活動作に関する身体状況、屋内及び屋外での移動方法(自立歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行器利用など)を記

家族の状況、主な介護者を含む介護状況を記入する。

住宅改修によって利用者・家族は、介護状況、ADL、社会参加など、日常生活をどう変えたいと思っているのか

改修前と改修後想定される福祉用具の利用状況を記入する欄です。  
(例) 改修前に福祉用具貸与で手すりを使用し



# 住宅改修が必要な理由書

(P )

( 継続用紙 )  
座間市介護保険課

<P1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。>

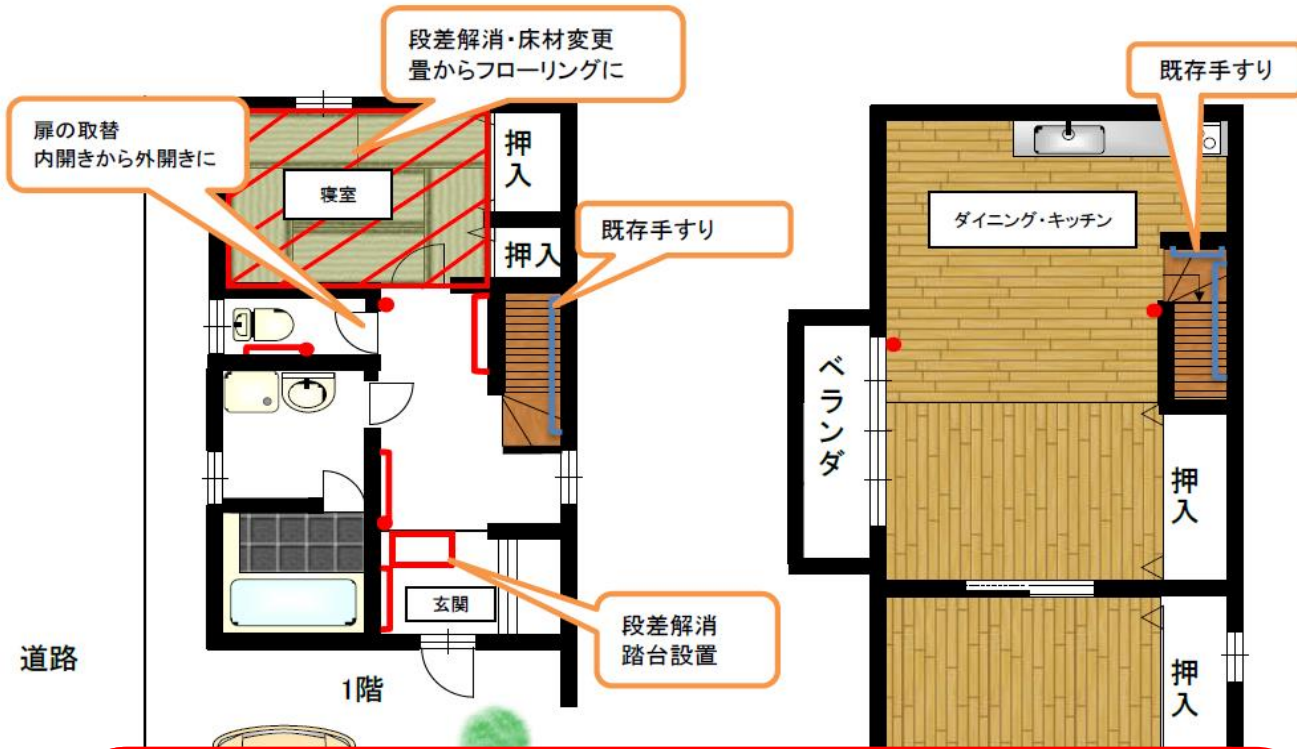
活動	①改善しようとしている生活動作	② ①の具体的な困難な状況(…なので…困っている)を記入してください	③ 改修目的・期待効果をチェックした上で、改修の方針(…することで…が改善できる)を記入してください	④改修項目(改修箇所)
その他の活動			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け ( ) ( ) ( ) ( )
			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減	<input type="checkbox"/> 段差の解消 ( ) ( ) ( )
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>P2だけでは足りないときに使用してください。</p> </div>				
			<input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) ( )
			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ( )

## 平面図

フリガナ	ザマ タウ	被保険者番号									
被保険者氏名	座間 太郎	0	0	0	0	0	9	9	9	9	9

### 1. 平面図(改修部分は朱書き)

### 平面図の例



①改修箇所・生活導線がわかるように、平面図を作成してください。

必ずこの様式を使っていただく必要はありません。

②改修箇所が複数ある場合

⇒図面・見積書・写真で同一の番号を振るなどの工夫をお願いします。

道路

### ※ 添付書類

1. 改修前の写真 (日付写し込み)

(平成30年12月改正)

御見積書

△△年 ○月 ×日

会社名: 株式会社 座間介護設備

住所: 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

TEL: 046-△△△-△△△△

担当者: 向日葵

必ずこの様式を使っていただく必要はありません。  
介護保険対象工事以外の改修も行う場合、  
介護保険対象工事とそれ以外がわかるように記載してください。

『1式』や『1セット』と書かれている場合、その内訳をご記入ください

				メーカー及び品番	数量	単価	金額	介護保険対象分 (○を付す)	定価	
浴室	壁	手摺り	浴室用抗菌加工手すり 白 L=600	座間介護設備,ZA-TEBS600	2	セット	10,000	20,000	○	15,000
				(手すり600mm, エンドキャップ2個, 固定ネジ10個)						
メーカーがセットで売っている商品は、内訳をご記入ください。										
トイレ	壁	手摺り	L字木製手すり L=600	座間介護設備,ZA-TE600	2	本	6,000	12,000	○	8,000
			コーナースラケット	座間介護設備,CB	1	個	800	800		
			エンドブラケット	座間介護設備,EB	2	個	400	800		
		手摺り	L字木製手すり L=600	座間介護設備,ZA-TE1000	1.2	m	10,000	12,000	○	12,000
		工事費	手摺り取り付け費					8000		
計										
諸経費					10	%				
合計										
消費税					10	%		4,560		
総合計								50,160		

メーカーがセットで売っている商品は、内訳をご記入ください。

諸経費は、介護保険対象工事の10%未満としてください。

実際に使用する部分のみが介護保険で対象です。  
(例)  
600mmの手すりを2本使用し、L字型に取り付ける場合  
600mm 1本の単価×本数=いくら  
または、  
1mの単価×必要なm=いくら  
と表記してください。

※住宅改修

1:手すりの取付け 2:手すり取替 3:手すり取替 4:洋式便器等への取替え 5:洋式便器等への取替え 6:1~5に係る付帯工事

※介護保険対象ではない部分を含む見積書の場合、介護保険対象分が明確になるようにし、全体の合計金額及び対象分のみ合計金額を記してください。



住宅改修承諾書

△△年 ○月 ×日

住宅改修承諾書についてのお願い

(所有者)

住所 横浜市中区日本大通 1

氏名 神奈川 太郎 殿

(賃借人)

住所 座間市緑ヶ丘 1 - 1 - 1

氏名 座間 太郎

私が賃借している下記(1)の住宅の住宅改修を、別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」のとおり行いたいので承諾願います。

記

(1)住宅	名称	コーポ神奈川
	所在地	座間市緑ヶ丘 1 - 1 - 1
	住戸番号	101号
(2)住宅改修の概要	個所・部位	内容
	居室	敷居の段差解消、手摺りの設置
	廊下	手摺りの設置
	トイレ	手摺りの設置

承諾書

上記について承諾します。

(なお、 )

△△年 ○月 ×日

(所有者)

住所 横浜市中区日本大通 1

氏名 神奈川 太郎

神奈川

印

(注)

1

自身の地所・家屋でない⇒所有者の承諾書が必要です。

2

3

(平成30年12月改正)

住宅改修承諾書(家族用:賃貸契約がある場合を除く)

〇〇年 △ 月 × 日

住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住所 座間市緑ヶ丘 1 - 1 - 1

氏名 座間 次郎

座間

(続柄 長男 )

私は、下記表示の住宅に、(被保険者氏名) 座間 太郎 が

別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行う  
ことを承諾いたします。

住宅改修を行う住宅(所在地)

座間市 緑ヶ丘 1 - 1 - 1

(注)

住宅の名義が共有の場合

⇒その共有しているすべての方の署名・捺印が必要です。

※同一住所にお住まいの場合は、一つの承諾書に連名でも受付けています。

(平成30年12月改正)

被  
保  
険  
者  
様  
の  
情  
報

## 委 任 状

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請    本申請    (※該当する委任行為の口に✓してください)

被保者様御本人様以外の方が窓口へ提出する⇒この紙が必要です。  
この様式は、事業所様に申請を委任するとき用です。

△△年    ○月    ×E

受任者 住 所 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

事  
業  
所  
様  
の  
情  
報

事業 者 名 株式会社 座間介護設備

代表 者 氏 名 向日葵 一郎

印

電 話 番 号 046-△△△-△△△△

社判・代表者印どちらか又は、どちらも押印してください。

(平成30年12月改正)

被  
保  
険  
者  
様  
の  
情  
報

## 委 任 状

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請    本申請    (※該当する委任行為の口に✓してください)

被保者様御本人様以外の方が窓口提出する⇒この紙が必要です。  
この様式は、ご家族様や個人に委任するとき用です。

年    月    日

受任者 住 所 座間市相模が丘△丁目△番△号

氏 名 向日葵 一郎

電 話 番 号 046-×××-××××

向日葵

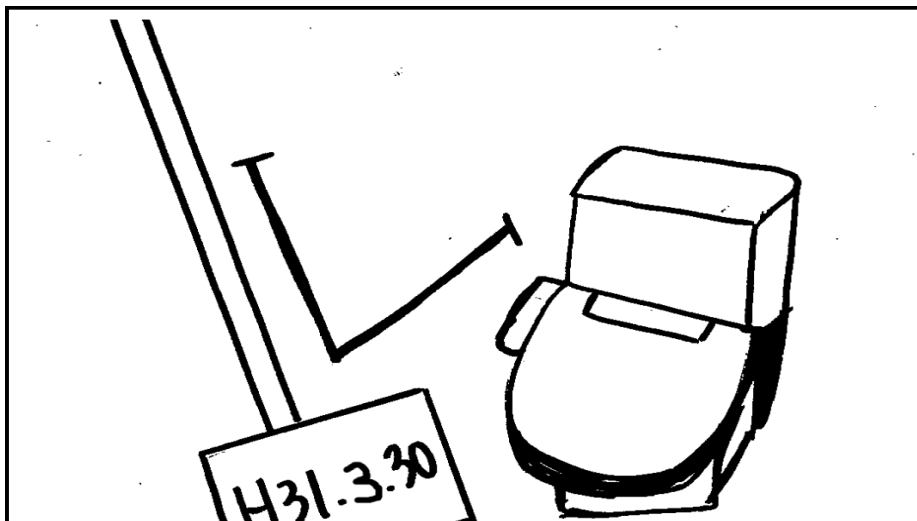
ご  
家  
族  
様  
等  
の  
情  
報

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求める場合があります。

(平成30年12月改正)

## (例) 事前相談写真



改修場所

1Fトイレ



### 写真添付の注意点

#### 1. 日付記入したものを写真に写しこむ

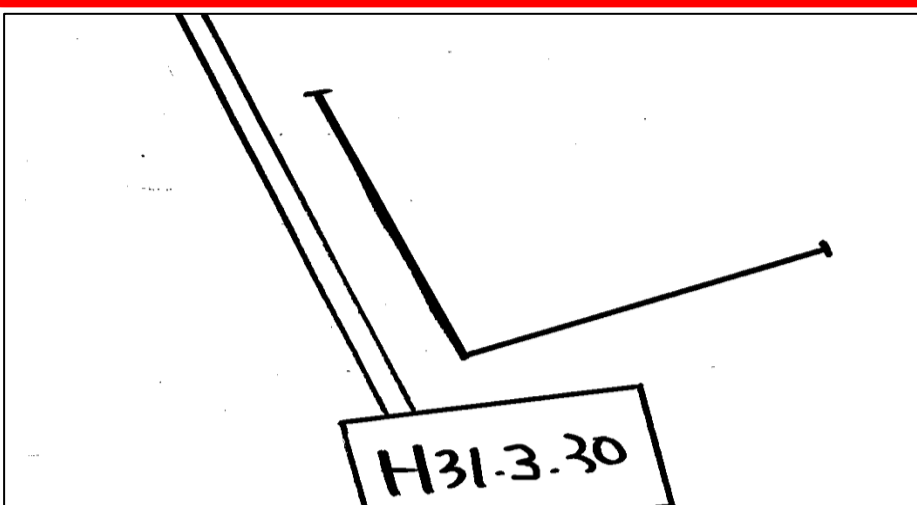
写真に記録される日付のデータのみでは申請を受け付けできません。  
予めご了承ください。

#### 2. 改修箇所が写真でわかる

トイレに手すりを付けるときなど、トイレの壁であることがわかるように、  
トイレの一部を映しこむようにしてください。

#### 3. 取り付け位置を書き込む

写真に直接書き込む、または、テープ等で印をつけてください。



改修場所

1Fトイレ



(平成30年12月改正)

# 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修工事完成届

△△年 ○月 ×日

(宛先)座間市長

被保険者様の情報

住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

事前申請をした日付

△△年 ○月 ×日付けで事前申請しました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修が次のとおり完成しましたので届け出ます。

施工住所	座間市緑ヶ丘1-1-1
改修工事内容・箇所	どのような工事をしたのか トイレ・浴室の手すり取り付け工事

着手年月日、完成年月日は必ず記入してください。

着工年月日	△△年 ○月 ×日
完成年月日	△△年 ○月 ×日

退院・退所日	年 月 日
--------	-------

※退院・退所していない場合、支給できませんので御注意ください。

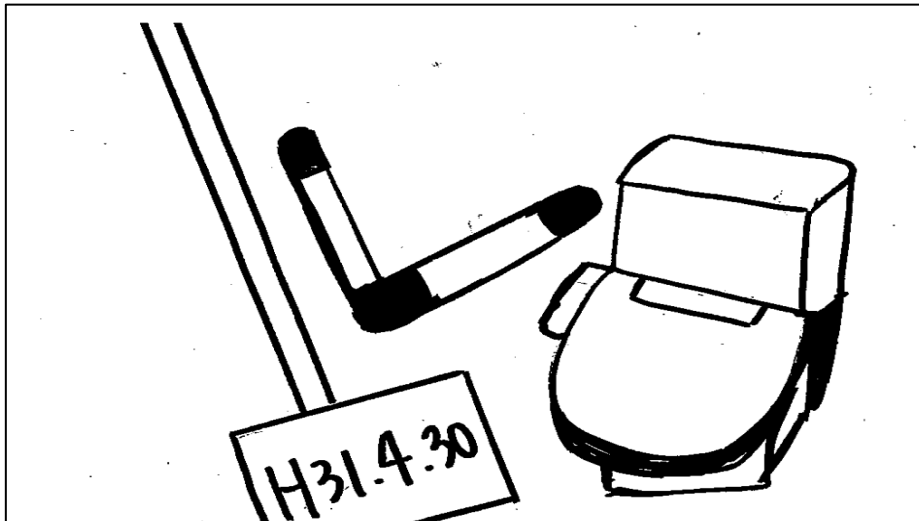
入院又は施設入所していた方が退院・退所した場合はその日付を記入してください。

添付書類

- 1 住宅改修後の写真(日付写し込で、浴室、廊下等の箇所ごとがわかるもの)
- 2 住宅改修に要した費用に係る領収書

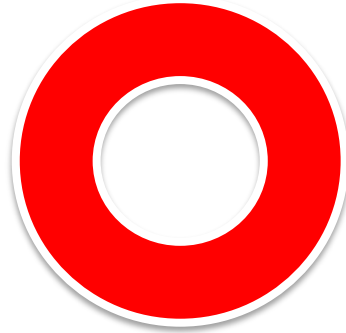
写真はできるだけ、同じポジションで撮影してください。

(平成30年12月改正)



改修場所

1 F トイレ



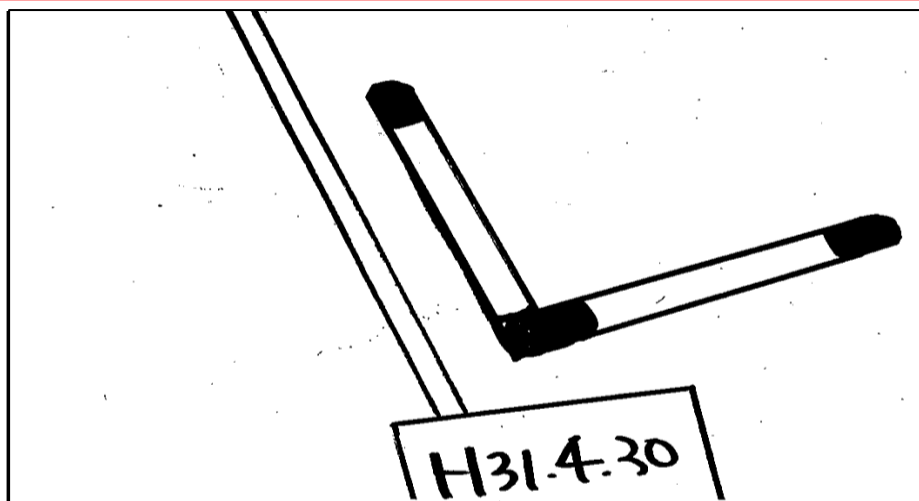
## 写真添付の注意点

### 1. 日付記入したものを写真に写しこむ

写真に記録される日付のデータのみでは申請を受け付けできません。  
予めご了承ください。

### 2. 改修箇所が写真でわかる

トイレに手すりを付けるときなど、トイレの壁であることがわかるように、  
トイレの一部を映しこむようにしてください。



改修場所

1 F トイレ



(平成30年12月改正)

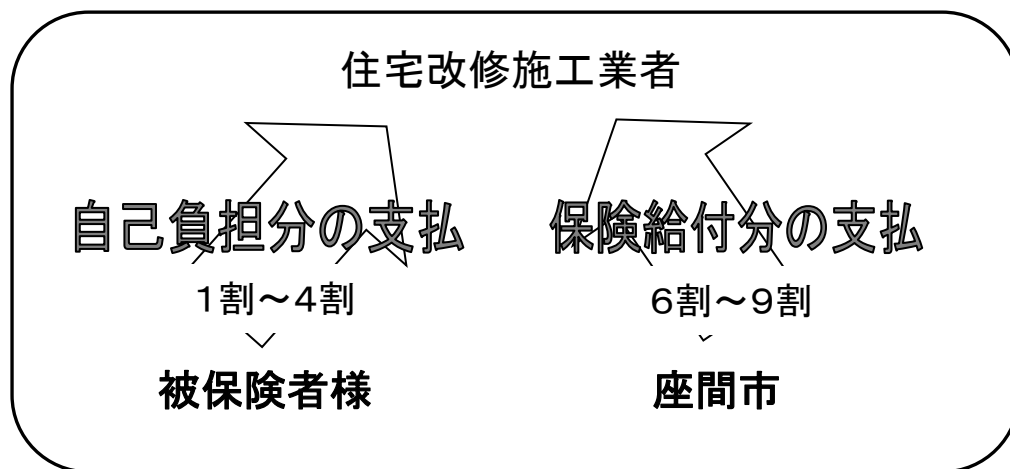
# 住宅改修記入例(受領委任払い)

受領委任払いでの住宅改修支給申請書の記入例です。  
ご不明な点がございましたら、担当までお問い合わせください。

## 受領委任払いとは

事業者が介護保険対象費用の6割～9割を市から受領する方法です。

被保険者様が住宅改修施工業者に保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)の受領を委任をして、被保険者様は負担割合に応じた費用(1割～4割)を業者に支払います。



## 注意事項

- ① 申請の際には、必要書類がそろっているか、日付等記入漏れがないか、今一度ご確認の上、介護保険課の窓口にお越しください。
- ② 捨印の意味をきちんとご利用者やご家族に説明をした上で、正しい利用をして頂かないと受付ができません。
- ③ 消えるボールペンでの記入は受け付けできません。  
後に発覚した場合には、再提出をして頂きます。  
メーカーでも公文書や証書類・宛名書き等に使用してはいけないと注意書きされています。  
ご利用者様やご家族様に記入していただく場合は、  
官公署に提出する大切な書類であることをご説明の上、正しく記入していただくようにしてください
- ④ 申請に当たりましては、追加で資料等をご用意いただく場合がありますので予めご了承ください。

(記入例) 黒字の部分について記入

第52号様式

※必ず工事前に申請書を提出

介護保険居宅介護(介護予防)

フリガナ	ザマ タロウ							
被保険者氏名	座間 太郎							
生年月日	明大・昭	25	年	4	月	1	日生	
性別	男・女							
住所	座間市緑ヶ丘1丁目1番1号			☑在宅 ☐入院・入所中				
住宅所有者	座間 太郎			本人との関係 本人				
改修の内容 箇所及び規模	手すり工事 5ヶ所			施工業者名		株式会社 座間介護設備		
	敷居の段差解消 1ヶ所			着工予定日		△△年○月×日		
				着工日		年 月 日		
				完了日		年 月 日		
負担割合	( 1 ) 割 ※負担割合証及び被保険者証を							
改修費用	200,000 円							
(宛先)座間市長 上記のとおり、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。 △△年○月×日 住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号 申請者 座間 太郎 氏名 座間 太郎 電話番号 046-252-7719 申請日(届出日)は必ず記入してください。								
この申請について、個人番号を使用しての照会・調査を行うことがあります。必ず被保険者の印鑑を押印してください。 ※この申請書に、以下の書類を添付してください。事前申請した内容に変更 (改修前)・理由書・平面図・見積書(内訳書)・工事前写真(日付写込)・所有者の承諾書(所有者が本人と異なる場合) ・受領委任状(受領委任払いを希望される場合)・申請委任状(窓口への申請が代理の場合) (改修後)・完成届・工事後写真(日付写込) ・領収書原本(被保険者名義)→※生活保護受給者の場合は、施工業者様の会社名義の口座を御記入ください。								
居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。								
口座振込 依頼欄	座間 銀行 本店			口座番号(右づめで記入)				
	信用金庫 座間 支店			6	6	6	6	6
	信用組合 出張所			6	6	6	6	6
	農業協同組合			6	6	6	6	6
金融機関コード			支店コード			種目		
7	7	7	7	8	8	8	① 普通預金	
フリガナ			カブシキガイシャ ザマカイゴセツビ					
口座名義人			株式会社 座間介護設備					

個人番号を記載するとき

- 1.被保険者本人の個人番号通知カード
- 2.個人番号カード
- 3.1か2の写し

上記のいずれかが必要になります。

※ 個人番号が記載されていない場合、受付は可能です。

事前申請後、市から差し替え等の依頼等が無く、申請内容に不備等が無ければ原則14日以内に承認通知を発行します。

申請日(届出日)は必ず記入してください。

被保険者名を記入してください。

必ず被保険者の印鑑を押印してください。

施工業者様の会社名義の口座を御記入ください。

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。

○保険者確認欄

給付制限	添付書類確認	<input type="checkbox"/> 理由書	<input type="checkbox"/> 見積・内訳書
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 承諾書	<input type="checkbox"/> 図面・写真等
事前相談承認担当者			

(平成30年12月改正)

# 住宅改修が必要な理由書

<基本情報>

**【座間市介護保険課】の様式をご使用ください。**  
**この様式以外は受付できません。**

座間市介護保険課

	被保険者番号					理由書作成日	△△年 ○月 ×日
利用者	被保険者	要介護認定	要支援	1・2	申請中※1	所在地・電話番号	もくせいケアプランセンター 座間市緑ヶ丘1-1-1
<p style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <b>該当する箇所に忘れずに印をつけて下さい。入院・入所中かこちらで確認できません。</b>  <b>事前相談処理時点で入院・入所中なのか、本申請時在宅に戻られたか等、確認させていただく場合があります。</b> </p>							支援専門員 座間 花子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">座間</span>

<住宅改修に関する事項>

<input checked="" type="checkbox"/> 在宅(改修する住宅と住所地が同一)	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請中※1	<input type="checkbox"/> 入院・入所中(退院等に向けた改修→退院等の予定日: 年 月 日)※2
<input type="checkbox"/> 改修2回目以降(利用済額 円)	<input type="checkbox"/> 転居によるリセット適用	<input type="checkbox"/> 介護度の3段階リセット適用
<input type="checkbox"/> 障害施策との併用※3		

※1 認定結果が確定してから本申請    ※2 退院・退所してから本申請    ※3 事前相談が必要

保険者確認欄	
確認日	年 月 日
氏名	
評価	

リハ職の助言 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 理学療法士(PT) <input type="checkbox"/> 作業療法士(OT)	同居家族状況 <input checked="" type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他	検討したかどうか <input checked="" type="checkbox"/> 居室の変更 <input type="checkbox"/> 福祉用具の利用    相見積を取ったか <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ★ 相見積を取った業者と金額 業者名: 座間建設    ¥ 250,000 業者名: _____ ☆ 相見積を取らない場合の理由
家屋形態 <input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input checked="" type="checkbox"/> 戸建(借家) <input type="checkbox"/> 集合(持家) <input type="checkbox"/> 集合(賃貸)	居住形態 1.戸建の場合 → 主に 1 階で生活 2.被保険者の居室 <input checked="" type="checkbox"/> 専戸 <input type="checkbox"/> 共用 3.居室の広さ → 約 6 畳	平成30年10月1日より、住宅改修を行う場合は、ケアプラン作成時に相見積を取り、被保険者へ助言するようになりました。

<総合的状況>

利用者の身体状況	脳梗塞、両変形性膝関節症。平成○年△月×日、A病院に入院し、脱水による脳梗塞と診断を受けたが麻痺はなく、○月◎日に退院。現在、起き上がりはものにつかまれば可能。立ち上がり時に左膝疼痛あり。屋内歩行はゆっくりだが、つたい歩きが可能。屋外移動には車いすを介助により使用。リハビリにて回復の可能性あり。車は持っているが、膝の痛みがあるため、免許返納予定。	福祉用具の利用状況																																	
	移動や立ち上がり、姿勢保持といった生活動作に関する身体状況、屋内及び屋外での移動方法(自立歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行器利用など)を記述す	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>品目</th> <th>改修前</th> <th>改修後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>● 車いす</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>● 特殊寝台</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>● 床ずれ防止用具</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>● 体位変換器</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>● 手すり</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>● スロープ</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>● 歩行器</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>● 補助つえ</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>● フット(つり具部分を除く)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>● 徘徊感知機器</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	品目	改修前	改修後	● 車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 手すり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 補助つえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● フット(つり具部分を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● 徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
品目	改修前	改修後																																	
● 車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
● 特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
● 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
● 体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
● 手すり	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
● スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
● 歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
● 補助つえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
● フット(つり具部分を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
● 徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
介護状況	独居だが、同一敷地内長女夫婦が居住。近隣には長男家族が居住。長女、長男が交代で介護可能。今は排泄についてはポータブルトイレを利用している。入浴は、訪問入浴利用の週2回のみ。特に上がりかまち段差の昇降は介助がないと難しい。	貸与																																	
	家族の状況、主な介護者を含む介護状況を記入する。	改修前と改修後想定される福祉用具の利用状況を記入する欄です。 (例) 改修前に福祉用具貸与で手すりを使用していた。その場所に住宅改修により手すりを設置することとなったとき。																																	
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	トイレで排泄させたい。入浴については訪問入浴を利用しつつ、休日はバスボードの利用で長男長女による介助入浴の負担を軽減したい。脱水に留意し、在宅生活を長くできるよう配慮す。長男長女の援助を受ける事とするが、介護疲労に注意し、介護サービスの導入と通所介護・通所リハビリテーションの利便性を高めることにより、排泄の自立を第一目標とし、さらに介護者の希望である通所介護や、休日の外出介助時の負担軽減を図り、外出機会の増加を検討していく。																																		
	住宅改修によって利用者・家族は、介護状況、ADL、社会参加など、日常生活をどう変えたいと思っているのか																																		

# 住宅改修が必要な理由書

(P2)

座間市介護保険課

<P1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。>

活動	①改善しようとしている生活動作	②①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、改修の方針(…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 checked="" type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input checked="" type="checkbox"/> トイレの出入り口の出入 (扉の開閉を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他( )	移動はつたい歩きで何とか可能。左膝に痛みが生ずることあり。居室から廊下に3cmの段差あり、段差の昇降が不安定。便座への座位はつかまるものがないため困難。特に立ち上がり動作に苦慮している。出入口にもつかまるところがないので、扉の開閉動作が危なっかしい。	<input checked="" type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	居室と廊下の3cmの段差を解消することで、安全な歩行ができるようにしたい。居室とトイレの動線には連続してつかまれるもの(手すり)が必要。ドアの開閉時のために手すり設置。	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け (廊下の移動経路) (トイレ内立ち座り用、衣服着脱用) (上がりかまち横壁面) (玄関扉付近の内外壁面)
入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他( )	居室から浴室までの移動は「排泄」と同じ。浴槽をまたぐ際に転倒の不安があり危険。	<input checked="" type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	居室から浴室までの移動は「排泄」と同じ。バスボードを利用して安定して浴槽に入れるようにする。	<input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 (廊下3cmかさ上げ) (上がりかまちに踏み台設置) <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input checked="" type="checkbox"/> 上がりかま치의昇降 <input type="checkbox"/> 車いすなど、装具の着脱 <input type="checkbox"/> はき物の着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他( )	上がりかまちに40cmの段差があり、介助がないと昇降できないので困っている。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	上がりかまちに縦手すりと踏み台設置により、上がりかま치의昇降を1人で行えるようにする。玄関扉の内と外の壁面に手すりを取り付けることにより、扉の開閉を安定して行えるようにする。	<input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更
その他の活動	現状の改善を必要とする動作についてチェックをする。今回改修の対象でない項目にはチェックは不要。	生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記入する。	<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	①②を記入し、現状の問題点をふまえた上で、改修目的の項目をチェックする。各行為の困難事項を改善するために、どのような改修を行うのか、その方針を記入する。	<input type="checkbox"/> 改修内容の項目をチェックし、内容を記入する。 <input type="checkbox"/> 改修箇所は、場所だけではなく「手すり」なら、「便器横壁面」等その取付箇所まで記述する。

# 住宅改修が必要な理由書

( P )

( 継続用紙 )  
座間市介護保険課

< P1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。 >

活動	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…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、改修の方針(…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)
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 <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減	<input type="checkbox"/> 段差の解消 ( ) ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え ( ) ( )
			<input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更 ( ) ( )
			<input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他( )	( ) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ( )

P2だけでは足りないときに使用してください。

## 平面図

フリガナ	ザマ タロウ	被保険者番号								
被保険者氏名	座間 太郎	0	0	0	0	0	9	9	9	9

### 1. 平面図(改修部分は朱書き)

### 平面図の例



- ①改修箇所・生活導線がわかるように、平面図を作成してください。  
必ずこの様式を使っていただく必要はありません。
- ②改修箇所が複数ある場合  
⇒図面・見積書・写真で同一の番号を振るなどの工夫をお願いします。

道路

#### ※ 添付書類

1. 改修前の写真 (日付写し込み)

(平成30年12月改正)

必ずこの様式を使っていただく必要はありません。  
介護保険対象工事以外の改修も行う場合、  
介護保険対象工事とそれ以外がわかるように記載してください。

『1式』や『1セット』と書かれている場合、その内訳をご記入ください。  
内訳がない場合、承認できない可能性があります。

御見積書

△△年 ○月 ×日

会社名: 株式会社 座間介護設備

住所: 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

TEL: 046-△△△-△△△△

担当者: 向日葵

真と揃えること	改修場所	の種類※	内容	メーカー及び品番	数量	単価	金額	介護保険対象分 (○を付す)	定価
浴室	壁	手摺り	浴室用抗菌加工手すり 白 L=600 (手すり600mm, エンドキャップ2個, 固定ネジ10個)	座間介護設備, ZA-TEBS600	2 セット	10,000	20,000	○	15,000
トイレ	壁	手摺り	L字木製手すり L=600	座間介護設備, ZA-TE600	2 本	6,000	12,000	○	8,000
			コーナーブラケット	座間介護設備, CB	1 個	800	800		
			エンドブラケット	座間介護設備, EB	2 個	400	800		
		手摺り	L字木製手すり L=600	座間介護設備, ZA-TE1000	1.2 m	10,000	12,000	○	12,000
		工事費	手摺り取り付け費				8000		
計									
諸経費					10 %				
合計									
消費税					10 %		4,560		
総合計							50,160		

メーカーがセットで売っている商品は、内訳をご記入ください。

諸経費は、介護保険対象工事の10%未満としてください。

実際に使用する部分のみが介護保険で対象です。  
(例)  
600mmの手すりを2本使用し、L字型に取り付ける場合  
600mm 1本の単価×本数=いくら  
または、  
1mの単価×必要なm=いくら  
と表記してください。

き戸への扉の取替え 5:洋式便器等への取替え 6:1~5に係る付帯工事  
なるようにし、全体の合計金額及び対象分のみ合計金額を記してください。  
(平成30年12月改正)



# 住宅改修承諾書

△△年 ○月 ×日

## 住宅改修承諾書についてのお願い

(所有者)

住所 横浜市中区日本大通 1

氏名 神奈川 太郎 殿

(賃借人)

住所 座間市緑ヶ丘 1 - 1 - 1

氏名 座間 太郎

私が賃借している下記(1)の住宅の住宅改修を、別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」のとおり行いたいので承諾願います。

### 記

(1)住宅	名称	コーポ神奈川
	所在地	座間市緑ヶ丘 1 - 1 - 1
	住戸番号	101号
(2)住宅改修の概要	個所・部位	内容
	居室	敷居の段差解消、手摺りの設置
	廊下	手摺りの設置
	トイレ	手摺りの設置

### 承諾書

上記について承諾します。

(なお、 )

△△年 ○月 ×日

(所有者)

住所 横浜市中区日本大通 1

氏名 神奈川 太郎

神奈川

印

(注)

1

自身の地所・家屋でない⇒所有者の承諾書が必要です。

2

3

(平成30年12月改正)

住宅改修承諾書(家族用:賃貸契約がある場合を除く)

〇〇年 △ 月 × 日

## 住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住所 座間市緑ヶ丘 1 - 1 - 1

氏名 座間 次郎

座間

(続柄 長男)

私は、下記表示の住宅に、(被保険者氏名) 座間 太郎 が

別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行う  
ことを承諾いたします。

住宅改修を行う住宅(所在地)

座間市 緑ヶ丘 1 - 1 - 1

(注)

住宅の名義が共有の場合

⇒その共有しているすべての方の署名・捺印が必要です。

※同一住所にお住まいの場合は、一つの承諾書に連名でも受付けています。

(平成30年12月改正)

被  
保  
険  
者  
様  
の  
情  
報

## 委 任 状

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請    本申請    (※該当する委任行為の口に✓してください)

被保者様御本人様以外の方が窓口提出する⇒この紙が必要です。  
この様式は、事業所様に申請を委任するとき用です。

△△年    ○月    ×E

受任者 住 所 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

事  
業  
所  
様  
の  
情  
報

事業 者 名 株式会社 座間介護設備

代表 者 氏 名 向日葵 一郎

印

電 話 番 号 046-△△△-△△△△

社判又は、社判・代表者印  
どちらも押印してください。

(平成30年12月改正)

被  
保  
険  
者  
様  
の  
情  
報

## 委 任 状

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請    本申請    (※該当する委任行為の口に✓してください)

被保者様御本人様以外の方が窓口へ提出する⇒この紙が必要です。  
この様式は、ご家族様や個人に委任するとき用です。

年    月    日

受任者 住 所 座間市相模が丘△丁目△番△号

氏 名 向日葵 一郎

電 話 番 号 046-×××-××××

向日葵

ご  
家  
族  
様  
等  
の  
情  
報

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求める場合があります。

(平成30年12月改正)

(住宅改修 受領委任用)

## 委 任 状

被  
保  
険  
者  
様  
の  
情  
報

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座  
間

住宅改修施工業者が座間市から住宅改修費の6～9割を受領する⇒この紙が必要です。

△△年 ○月 ×日

受任者 住 所 座間市緑ヶ丘〇丁目〇番〇号

事 業 者 名 株式会社 座間介護設備

代表者氏名 向日葵 一郎

印

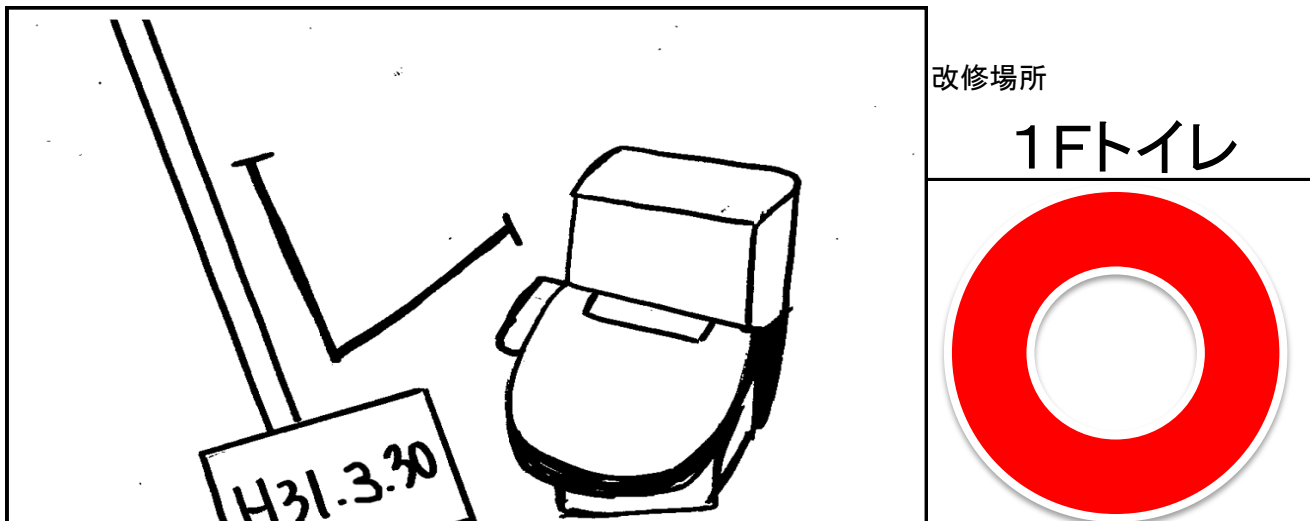
電 話 番 号 046-△△△-△△△△

社判・代表者印どちらか又は、どちらも押印してください。

事  
業  
所  
様  
の  
情  
報

(平成30年12月改正)

## (例) 事前相談写真



### 写真添付の注意点

#### 1. 日付記入したものを写真に写しこむ

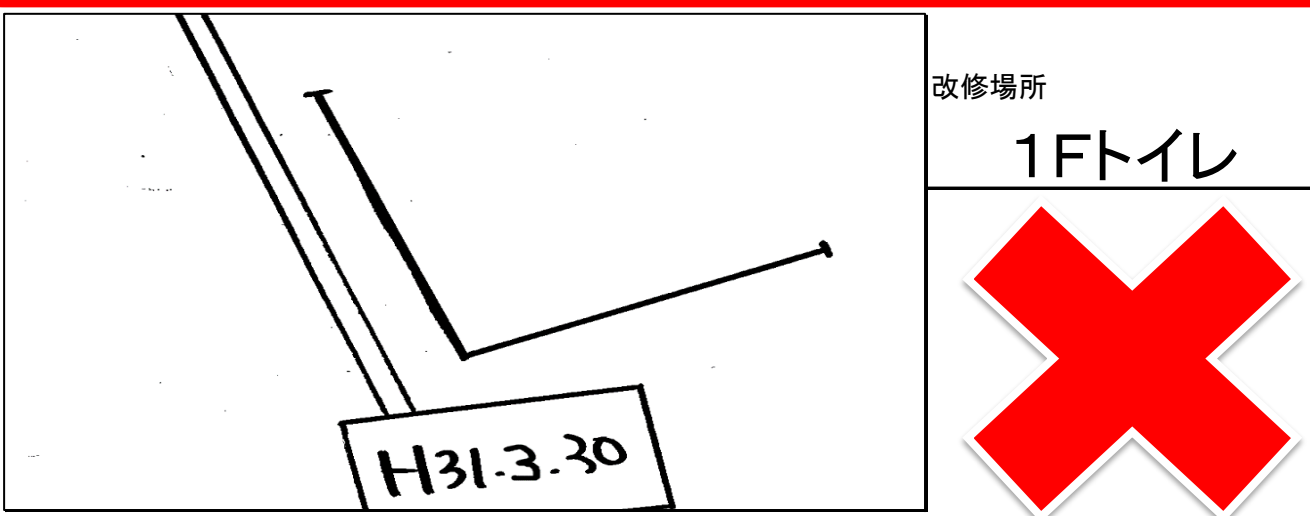
写真に記録される日付のデータのみでは申請を受け付けできません。  
予めご了承ください。

#### 2. 改修箇所が写真でわかる

トイレに手すりを付けるときなど、トイレの壁であることがわかるように、  
トイレの一部を映しこむようにしてください。

#### 3. 取り付け位置を書き込む

写真に直接書き込む、または、テープ等で印をつけてください。



(平成30年12月改正)

# 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修工事完成届

(宛先)座間市長

完成届を記入した日付

△△年 ○月 ×日

被  
保  
険  
者  
様  
の  
情  
報

住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

事前申請をした日付

△△年 ○月

×日付けで事前申請しました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修が次のとおり完成しましたので届け出ます。

施工住所	座間市緑ヶ丘1-1-1
改修工事内容・箇所	どのような工事をしたのか トイレ・浴室の手すり取り付け工事

着手年月日、完成年月日は必ず記入してください。

着工年月日	△△年 ○月 ×日
完成年月日	△△年 ○月 ×日

退院・退所日	年 月 日
--------	-------

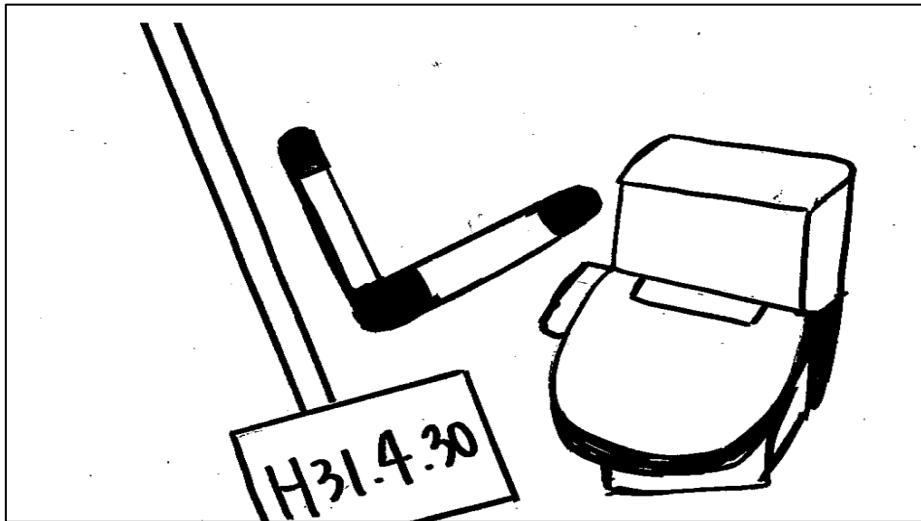
※退院・退所していない場合、支給できませんので御注意ください。

入院又は施設入所していた方が退院・退所した場合はその日付を記入してください。

- 1 住宅改修後の写真(日付写し込で、浴室、廊下等の箇所ごとがわかるもの)
- 2 住宅改修に要した費用に係る領収書

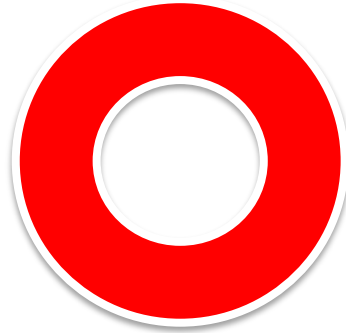
写真はできるだけ、同じポジションで撮影してください。

(平成30年12月改正)



改修場所

1 F トイレ



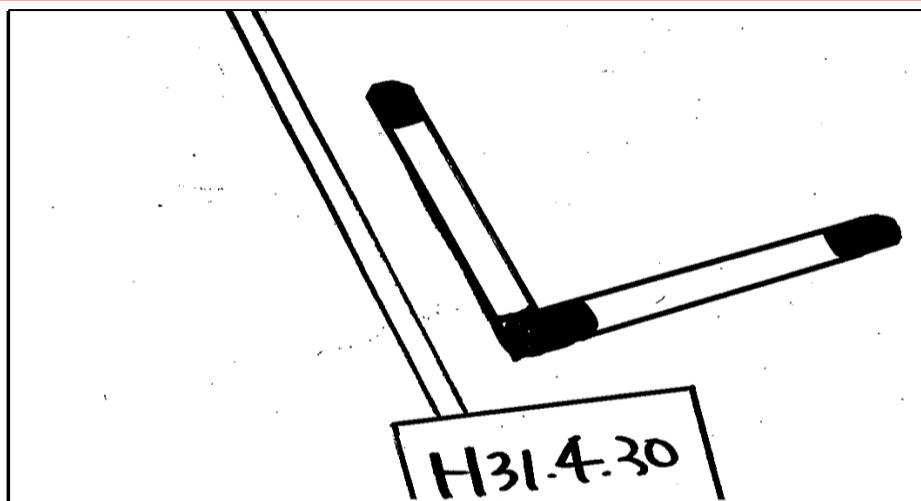
## 写真添付の注意点

### 1. 日付記入したものを写真に写しこむ

写真に記録される日付のデータのみでは申請を受け付けできません。  
予めご了承ください。

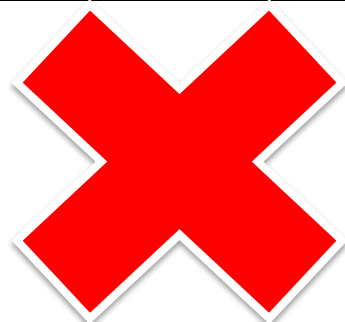
### 2. 改修箇所が写真でわかる

トイレに手すりを付けるときなど、トイレの壁であることがわかるように、  
トイレの一部を映しこむようにしてください。



改修場所

1 F トイレ



(平成30年12月改正)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修内容変更(中止・取下げ)届

年 月 日

座間市長 殿

年 月 日付けで承認を受けました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修の実施について、次のとおり変更(中止・取下げ)したいので、関係書類を添えて申請します。

申請者名 (被保険者名)	印	被保険者番号	
住所	〒 電話番号		
事業所名		担当者名	
事業所住所	〒 電話番号		
変更(中止・取下げ) の理由			
変更前	支払方法	償還払い・受領委任払い	変更後
	住宅改修の内容		
	工事予定金額	円	
	工事予定期間	着手 年 月 日 完了 年 月 日	
変更後	支払方法	償還払い・受領委任払い	変更後
	住宅改修の内容		
	工事予定金額	円	
	工事予定期間	着手 年 月 日 完了 年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 住宅改修が必要な理由書		
	<input type="checkbox"/> 変更後工事箇所図(間取り図等)		
	<input type="checkbox"/> 変更後工事費見積書		
	<input type="checkbox"/> 工事箇所写真		
	<input type="checkbox"/> 預かり票		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

注意：この申請書の添付書類で変更内容等を確認できない場合は、その他書類の提出を求めることがあります。

(令和8年4月改正)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修内容変更(中止・取下げ)届

△△年 ○月 ×日

座間市長 殿

□□年 ○月 ×日付けで承認を受けました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修の実施について、次のとおり変更(中止・取下げ)したいので、関係書類を添えて申請します。

申請者名 (被保険者名)	座間 太郎	被保険者番号	0000999999	
住所	〒252-0021 座間市緑ヶ丘 1-1-1 電話番号 046-255-1111			
事業所名	株式会社 座間介護設備	担当者名	向日葵	
事業所住所	〒252-0021 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号 電話番号 046-△△△-△△△△			
変更(中止・取下げ) の理由	本人死亡により取下げ			
変更前	支払方法	償還払い・受領委任払い	支払方法	償還払い・受領委任払い
	住宅改修の内容	手摺の取り付け	住宅改修の内容	
	工事予定金額	35,000 円	工事予定金額	円
	工事予定期間	着手 年 月 日 完了 年 月 日	工事予定期間	着手 年 月 日 完了 年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 住宅改修が必要な理由書			
	<input type="checkbox"/> 変更後工事箇所図(間取り図等)			
	<input type="checkbox"/> 変更後工事費見積書			
	<input type="checkbox"/> 工事箇所写真			
	<input checked="" type="checkbox"/> 預かり票			
	<input type="checkbox"/> その他( )			

注意：この申請書の添付書類で変更内容等を確認できない場合は、その他書類の提出を求めることがあります。  
(令和8年4月改正)

○座間市介護保険住宅改修理由書作成手数料支給事務取扱要綱

(平 24 告示 44・全部改正)

(平成 22 年 4 月 26 日告示第 98 号)

改正 平成 24 年 2 月 28 日告示第 44 号

(趣旨)

第 1 条 この告示は、介護保険法(平成 9 年法律第 123 号)第 45 条に規定する居宅介護住宅改修費及び同法第 57 条に規定する介護予防住宅改修費の支給の申請に係る理由書(以下「理由書」という。)を作成した場合において、その作成手数料の一部を支給することに関し必要な事項を定めるものとする。

(平 24 告示 44・一部改正)

(支給の対象者)

第 2 条 支給の対象者は、介護支援専門員、作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験 2 級以上の資格を有する者又は地域包括支援センターに勤務する社会福祉士、保健師若しくは看護師であって、居宅介護支援の提供を受けてない要介護者又は介護予防支援の提供を受けてない要支援者に対し、理由書の作成を行ったものとする。

(平 24 告示 44・一部改正)

(支給の額)

第 3 条 支給の額は、理由書の作成 1 件につき 2,100 円とする。

(平 24 告示 44・一部改正)

(手数料の請求等)

第 4 条 作成手数料の支給を受けようとする対象者は、介護保険住宅改修理由書作成手数料請求書(第 1 号様式)に住宅改修理由書作成被保険者一覧表(第 2 号様式)を添えて、市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による請求書の提出があったときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、当該請求書を提出した者(以下「請求者」という。)に対し、手数料の支給を決定し、当該手数料を支払うものとするものとする。この場合において、当該手数料の支払をもって当該請求者に対する支給決定の通知に代えるものとする。

(平 24 告示 44・一部改正)

(返還)

第 5 条 市長は、偽りその他不正の行為により手数料の支給を受けた者があるときは、支給の決定を取り消し、その者から当該手数料を返還させることができる。

(平 24 告示 44・一部改正)

(実施細目)

第 6 条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則(平成 24 年 2 月 28 日告示第 44 号)

この告示は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

介護保険住宅改修理由書作成手数料請求書

年 月 日

(宛先) 座間市長

郵便番号  
 申請者所在地  
 名称  
 代表者氏名 印

介護保険住宅改修理由書作成手数料について、次のとおり請求します。

1 請求金額 円

2 請求金額の内訳

区分	実施件数	金額
住宅改修費支給申請 理由書作成業務	件 (A)	2,100円 × (A) = 円

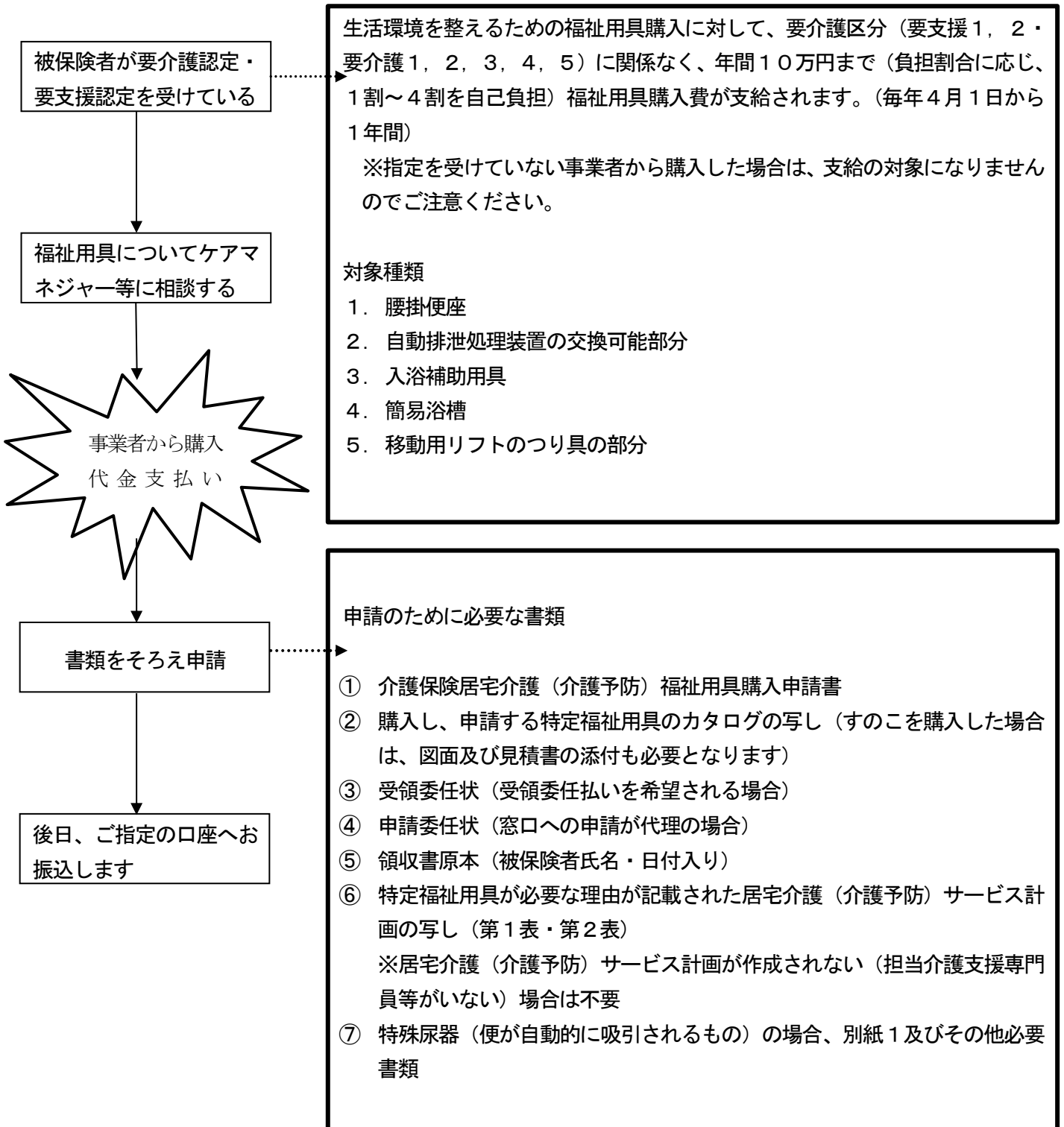
3 手数料の受領方法

口座振込払い

振込先銀行	銀行		支店
預金種目	普通・当座・その他 ( )	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			



## 特定福祉用具購入費支給までの流れ



不明な点についての御質問・お問合せは  
座間市福祉部介護保険課 保険係  
046-252-7719（直通）

質問	回答
新商品が出ましたが、給付対象ですか。	実際にご利用される方がいる場合に、介護支援専門員を通じた相談があった場合に、給付対象とするかどうかを検討して回答します。
同じ製品で目的が違うので、2つ購入（貸与）が出来ますか。	利用者においても自己負担が増加するなど弊害もあるため、効果とコストを比較考慮し、介護支援専門員による適切なアセスメントに基づいて、やむを得ない場合に限り可能です。介護支援専門員を通じて、保険者にご相談ください。
最近購入したばかりですが、故障してしまいました。再購入が可能ですか。	何故、購入したばかりで故障したのか、原因により保険者が判断します。購入前に保険者にご相談ください。
複合的機能を有する福祉用具について、どのように取り扱われるのですか。	<p>国より通知が出ています。</p> <p>2つ以上の機能を有する福祉用具については、次のとおり取り扱う。</p> <p>(1) それぞれの機能を有する部分を区分できる場合には、それぞれの機能に着目して部分ごとに1つの福祉用具として判断する。</p> <p>(2) 区分できない場合であって、購入告示に掲げる特定福祉用具の種目に該当する機能が含まれているときは、福祉用具全体を当該特定福祉用具として判断する。</p> <p>(3) 福祉用具の種目及び特定福祉用具の種目に該当しない機能が含まれる場合は、法に基づく保険給付の対象外として取り扱う。</p>
「フィッティング期間」及び「お試し」について給付対象となりますか。	座間市では、給付対象ではありません。
新規認定申請中や更新申請中及び変更申請中に必要だった福祉用具購入についての本申請の時に添付するケアプランはどうしたら良いですか。	暫定プラン及び本プランを併せて提出してください。
福祉用具の使用により事故が発生しました。どのように対応したらよいでしょうか。	<p>保険者は、製品の安全性や機能面を保証することはできません。安全性の確保については、民法上の契約者間の責任となります。</p> <p>事業者は、福祉用具貸与、販売サービスの提供による事故が発生した場合には、市町村、当該利用者等に連絡し、必要な措置を講じるとともに、採った処置についての記録、損害賠償等を行うこととされています。</p>
計算方法について教えてください。	<p>他のサービスと同様の考え方であり、保険給付額を小数点以下切り捨てで処理し、残額が自己（本人）負担となります。具体的には、</p> <p>購入額(税込) 9,018円 負担割合1割の場合</p> <p>保険給付 9,018円×90%=8,116.2 小数点以下切り捨て</p> <p>本人負担 9,018円-8,116円=902円</p>

**座間市介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入  
支給申請書類一式**

※	・申請書
※	・申請の委任状
※	・受領委任状
※	・(特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)の場合) 別紙1及びその他必要書類
	・購入した商品のカタログ (色や型番、製造業者がわかるもの)
	・居宅サービス計画書又は、支援計画表
	・居宅介護(介護予防)サービス計画が作成されない (担当介護支援専門員等がない)場合は包括職員の理由書
	・領収書原本(本人名義又は、市長宛)

**～書類作成時のお願い～**

- ①※印は、座間市の用紙でお願いします。
- ②※印以外は、任意の書式で受付可能です。
- ③記入例を作成しています。併せて御確認ください。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号		1	4	2	1	6	6
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	日生	性別	男・女				
住所										電話番号
特定(介護予防)福祉用具名	製造事業者名及び		購入金額		購入日					
(種目名及び商品名)	販売事業者名				領収日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
負担割合	( ) 割 ※負担割合証及び被保険者証を確認し記入してください									
福祉用具が必要な理由										
	記入者:					資格:				
(宛先)座間市長 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住 所 座間市 申請者 氏 名 _____ 印 電話番号 _____										
注意 この申請について、個人番号を使用するの照会・調査を行うことがあります。 この申請書に、以下の書類を添付してください。 ・カタログの写し(すのこを購入した場合は、図面及び見積書の添付も必要となります) ・受領委任状(受領委任払いを希望される場合)・申請委任状(窓口への申請が代理の場合) ・領収書原本(被保険者名義) →※生活保護受給者の場合(被保険者名義/座間市長宛) ・特定福祉用具が必要な理由が記載された居宅介護(介護予防)サービス計画の写し(第1表・第2表) ※居宅介護(介護予防)サービス計画が作成されない(担当介護支援専門員等がない)場合は不要 ・(特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)の場合)別紙1及びその他必要書類										
居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。										
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所		口座番号(右づめで記入)					
	金融機関コード		支店コード		種目	1 普通預金		2 当座預金		
	フリガナ									
口座名義人										
特定(介護予防)福祉用具販売事業所番号										

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。

(平成30年12月改正)

(福祉用具購入 申請用)

## 委 任 状

委任者 住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

印

\_\_\_\_\_

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の  
申請に関する権限を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者 住 所

\_\_\_\_\_

事業者名

\_\_\_\_\_

代表者氏名

印

\_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_

(平成30年12月改正)

(福祉用具購入 個人 申請用)

## 委 任 状

委任者 住 所

---

氏 名

印

---

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の  
申請に関する権限を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者 住 所

---

氏 名

印

---

電 話 番 号

---

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求める場合があります。

(平成30年12月改正)

(福祉用具購入 受領委任用)

## 委 任 状

委任者 住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

印

\_\_\_\_\_

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の  
給付費の償還払いによる受領方法に承諾し、その給付費の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者 住 所

\_\_\_\_\_

事 業 者 名

\_\_\_\_\_

代表者氏名

印

\_\_\_\_\_

電 話 番 号

\_\_\_\_\_

(平成30年12月改正)

※ 別紙1

以下のいずれかに該当するため、特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)が必要と判断します。

(該当するものに○及びチェックをしてください。)

1 指定居宅介護支援又は指定介護予防支援を受けている場合

ア 「要介護認定等基準時間の推計の方法」(平成12年3月24日厚生省告示第91号)別表第一の調査票(以下「調査票」という。)のうち調査項目「2-1 移乗」及び「2-6 排便」の直近の結果を用い「全介助」である者

イ 医師の医学的な所見及びサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントに基づき、当該福祉用具が必要と判断された者

- 医師の医学的な所見
- 主治医意見書による
  - 医師の診断書による
  - 担当の介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載した医師の所見による

※添付書類

- ・ サービス担当者会議の要点、又は介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)  
(主治医意見書によるもの以外の場合)
- ・ 医師の診断書(様式1)又は居宅サービス計画等

2 指定居宅介護支援又は指定介護予防支援を受けていない場合

ア 1のアに同じ

イ 医師の医学的な所見に基づき、当該福祉用具が必要と判断された者

- 医師の医学的な所見
- 主治医意見書による
  - 医師の診断書による

※添付書類(医師の診断書による場合)

- ・ 医師の診断書(様式1)

様式 1

特定福祉用具（特殊尿器（便が自動的に吸引されるもの））に関する診断書

介護保険 被保険者	ふりがな	
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
	住所	

上記の介護保険被保険者に対する特定福祉用具給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

診断名

---

医学的な所見により、特殊尿器（便が自動的に吸引されるもの）の利用が、  
（いずれかの口にチェックしてください）

ア  必要と判断する

イ  必要と判断しない

（アの場合）利用が必要な理由

---



---



---



---



---

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

# 福祉用具購入費支給申請書記入例

## 償還払いとは

被保険者様が福祉用具販売事業者に費用の全額を支払い、その後、保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)を市が被保険者様に支払う方法です。

## 受領委任払いとは

被保険者様が福祉用具販売事業者に保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)の受領を委任をして、被保険者様は負担割合に応じた費用(1割～4割)を事業者に支払い、事業者が保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)を市から受領する方法です。

※ 申請の際には、必要書類がそろっているか、日付等記入漏れがないか、ご確認ください。

※ 捨印の意味をきちんとご利用者やご家族に説明をした上で、正しい利用をして頂かないと受付ができません。

※ **消えるボールペンでの記入は受け付けできません。**  
後に発覚した場合には、再提出をして頂きます。

ご利用者様やご家族様に記入していただく場合は、官公署に提出する大切な書類であることをご説明の上、正しく記入していただくようにしてください。

※ 申請に当たりましては、追加で資料等をご用意いただく場合があります。

第51号様式

介護保険居宅介護(介護予)

個人番号を記載するとき  
 1.被保険者本人の個人番号通知カード  
 2.個人番号カード  
 3.1か2の写し  
 上記のいずれかが必要になります。

フリガナ	ザマ タロウ		個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
被保険者氏名	座間 太郎		性別	男・女											
生年月日	明・大・昭 2年2月2日生		住所	座間市緑ヶ丘1-1-1 電話番号 046-255-1111											
特定(介護予防)福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日												
腰掛便座 家具調トイレ(座楽)	△□○株式会社 株式会社 座間介護設備	56,000 円	領収日 △△ 年○月×日 △△ 年○月×日												
入浴補助具 △□浴槽手すり	○□株式会社 株式会社 座間介護設備	15,000 円	△△ 年○月□日 △△ 年○月□日												
負担割合	負担割合・被保険者証を確認し、記入してください。											年 月 日			
負担割合	( 1 ) 割 ※負担割合証及び被保険者証を確認し記入してください											年 月 日			
福祉用具が 必要な理由	① 品目1の必要理由 ② 品目2の必要理由											資格:福祉用具専門相談員			
記入者:	神奈川 太郎											資格:福祉用具専門相談員			
(宛先)座間市長 上記のとおり、関係書	申請日は必ず記入してください。											祉用具購入費の支給を申請します。			
△△年○月×日	住所 座間市緑ヶ丘1-1-1											必ず被保険者の印鑑を押印してください。			
申請者 氏名	座間 太郎											被保険者名を記入してください。			
電話番号	046-255-1111											座間			
注意 この申請につ この申請書に ・カタログの写 ・受領委任状( ) ・領収書原本( ) ・特定福祉用具 ※居宅介護( ) ・(特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)の場合)別紙及びその他	償還払いの場合は、ご利用者様又は ご家族様の口座をご記入ください。(※ご家族様の口座の場合は、被保険者様との関 係をカッコ書きで記入をお願いします。) 受領委任の場合は、特定(介護予防)福祉用具販売事業者様の口座をご記入ください。														
居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込ん															
口座振込 依頼欄	座間	銀行	本店	口座番号(右づめで記入)											
	座間	信用金庫 信用組合 農業協同組合	支店 出張所	6	6	6	6	6	6	6	6				
	金融機関コード	支店コード	種目	1普通預金		2当座預金									
フリガナ	カブシキガイシャザマカゴセツ														
口座名義人	株式会社 座間介護設備														
特定(介護予防)福祉用具販売事業所番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0					

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。

## 委任状

被保険者の情報

委任者 住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の申請に関する権限を下記の者に委任します。

被保険者以外の方が窓口提出する⇒この紙が必要です。  
この様式は、事業所に申請を委任するとき用です。

受任者 住所 座間市緑ヶ丘〇丁目〇番〇号

事業者名 株式会社 座間介護設備

代表者氏名 向日葵 一郎

印

電話番号 046-△△△-△△△△

社判を押印してください。

受任者様の情報

(平成30年12月改正)

被保険者の情報

委任状

委任者 住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の申請に関する権限を下記の者に委任します。

被保険者以外の方が窓口提出する⇒この紙が必要です。  
この様式は、ご家族様や個人に委任するとき用です。

△△年 ○月 ×日

受任者 住所 座間市相模が丘△丁目△番△号

氏名 向日葵 一郎

向日葵

電話番号 046-XXXX-XXXX

受任者の情報

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求める場合があります。

(平成30年12月改正)

## 委任状

被保険者の情報

委任者 住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の給付費の償還払いによる受領方法に承諾し、その給付費の受領を下記の者に委任します。

福祉用具販売事業者が座間市から住宅改修費の6~9割を受領する  
⇒この紙が必要です。

△△年 ○月 ×日

受任者 住所 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

福祉用具販売事業者の情報

事業者名 株式会社 座間介護設備

代表者氏名 向日葵 一郎

印

電話番号 046-△△△-△△△△

社判又は、社判・代表者印  
どちらも押印してください。

(平成30年12月改正)

## 介護保険事業者からの質問について

### 調べる

- ① 介護報酬改定について（厚生労働省ホームページ）  
運営基準、算定基準、解釈通知など全国共通の基準です。神奈川県や座間市も99%この基準に従っています（はっきり抵触しているのは書類の保存年限だけ）。
- ② 介護情報サービスかながわ（各種運営の手引き、Q&A）  
神奈川県が作成する運営の手引きは、サービス種別ごとに①の内容と関連する国通知を分かりやすくまとめています。
- ③ 座間市による集団指導講習会資料  
総合事業、居宅介護支援、地域密着事業についてはこちらも確認してください。
- ④ 神奈川県国保連合会ホームページ  
（国保連請求・返戻については以下のコンテンツをご覧ください）  
介護給付費請求事務に係るよくある電話照会  
ダウンロード（各種フォーマット等）>介護給付費請求の手引き、支払関係帳票と返戻事由の解説

### 問合せ

給付や運営基準に関する質問については、「介護保険事業者用質問票」をメールにてご提出ください。なお、「介護保険事業者質問票」には、必ず「事業所の見解」と「事業所の見解の根拠法令等」をご記入ください。

担当および提出先

介護保険課介護保険係（介護給付に関すること）[kourei@city.zama.kanagawa.jp](mailto:kourei@city.zama.kanagawa.jp)

介護保険課事業者支援係（運営基準に関すること）[kourei@city.zama.kanagawa.jp](mailto:kourei@city.zama.kanagawa.jp)

長寿支援課長寿支援係（総合事業給付に関すること）直接お電話ください 046-252-7084

※質問の前に

- ・特定の被保険者に関する質問について、当該被保険者が座間市以外の被保険者である場合、当該被保険者の保険者へご確認ください。
- ・複数の市町村から指定を受けている事業所からの質問について、主たる指定権者が座間市以外の場合、当市への質問の前に主たる指定権者へご確認ください。

## 介護保険事業者用【質問票】

介護保険課メールアドレス：[kourei@city.zama.kanagawa.jp](mailto:kourei@city.zama.kanagawa.jp)

※質問内容を記入して、座間市介護保険課（総合事業に関することは長寿支援課）に提出してください。

※各種参考書籍やホームページ等で確認した上、作成・提出するよう御協力をお願いします。

事業所名		担当者名											
サービス種別	クリックまたはタップしてサービス種別を選択してください。												
事業所所在地		事業所番号											
Mailアドレス		電話番号											
質問対象のサービス種別	クリックまたはタップしてサービス種別を選択してください。												
質問タイトル		質問日	クリックまたはタップして日付を入力してください。										
質問の趣旨・内容	<p>※1具体的に記入してください。</p> <p>※2利用者の名前など、不必要な個人情報は記載しないようにしてください。</p> <p>※3個人に係る情報が必要な場合は、「被保険者番号」「要介護認定区分」を記入してください。</p>												
被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											要介護認定区分	クリックまたはタップして要介護度を選択してください。
事業所の見解													
事業所の見解の根拠法令等 (ホームページを参照した場合にはURL)													

受付番号	
------	--

## 介護保険事業者用【質問票】「記載例」

介護保険課メールアドレス：kourei@city.zama.kanagawa.jp

※質問内容を記入して、座間市介護保険課（総合事業に関することは長寿支援課）に提出してください。

※各種参考書籍やホームページ等で確認した上、作成・提出するよう御協力お願いします。

事業所名	〇〇ケアプランセンター	担当者名	通所 育三
サービス種別	居宅介護支援		
事業所所在地	座間市緑ヶ丘〇丁目〇番〇号	事業所番号	14*****
Mailアドレス	***@****	電話番号	***-***-****
質問対象のサービス種別	地域密着型通所介護		
質問タイトル	〇〇について	質問日	令和7年12月1日
質問の趣旨・内容	<p>〇〇は、××であることから△△してよろしいでしょうか。</p> <p>※1具体的に記入してください。          ※2利用者の名前など、不必要な個人情報は記載しないようにしてください。          ※3個人に係る情報が必要な場合は、「被保険者番号」「要介護認定区分」を記入してください。</p>		
被保険者番号	* * * * *	要介護認定区分	要介護1
事業所の見解	△△は、□□のため、◎◎と考えます。		
事業所の見解の根拠法令等 (ホームページを参照した場合にはURL)	介護保険法第A条第B項第C号		

コメントの追加 [Z1]: 質問を行う事業所のサービス種別をプルダウンから選択してください。

コメントの追加 [Z2]: 質問内容の主となるサービスの種別をプルダウンから選択してください。

コメントの追加 [Z3]: 質問票を市へメールで送付する日を選択してください。

コメントの追加 [Z4]: 必ず記載してください。

受付番号