

住宅改造費助成事業受付票

年 月 日

(申込者 氏名 連絡先TEL)

(工事施工業者 氏名 連絡先TEL)

対象者情報			
対象者	氏名		住所
	TEL		生年月日 M.T.S.H.R 年 月 日 (歳)
日程調整等の連絡先	氏名		TEL 対象者との続柄
担当ケアマネジャー	氏名		TEL 居宅介護支援事業者
介護保険認定日	年月日	認定内容	・要支援 [] ・要介護 [] ・認定申請中(申請日 年 月 日)
身体障害者手帳		無・有 ⇒ ()種()級	障害内容 ⇒
現在の疾患名		家族構成	
既往歴			
かかりつけ医		同居家族を○で囲む	
受診方法・回数		往診・通院(家族・ヘルパー・その他)・薬のみ()回/月・週	
※入院中の場合に記入		病院名() 担当医・セラピスト・MSW() 年 月 日入院 年 月 日退院予定	
身体状況			
移動	屋内移動	独歩・杖・車いす・這う	自立・見守り・一部介助・全介助
	屋外移動	独歩・杖・車いす	装具 無・有()
	外出方法		
排泄	様式	和式・洋式・ポータブル おむつ・尿器・その他	自立・見守り・一部介助・全介助
	移動方法		
	衣服の上げ下ろし		自立・見守り・一部介助・全介助
入浴	介助者(人)	家族()・ヘルパー・訪問看護師	
	形態	普通浴・シャワー浴・清拭・その他(施設浴等)	
	移動方法		
	更衣		自立・見守り・一部介助・全介助
	浴室の出入り		自立・見守り・一部介助・全介助
	浴槽の出入り		自立・見守り・一部介助・全介助
	洗体・洗髪		自立・見守り・一部介助・全介助

添付書類	◎基本情報シート、ケアプラン、現状図面、計画図面 ◎戸建の場合、建築時期のわかる書類☑ (①権利書の写し ②家屋の登記簿謄本の写し ③建築確認通知書の写し ④固定資産課税台帳の写し などのいずれか☑)
住居形態	・持ち家 (戸建て・集合住宅) ・借家 (戸建て・県住・市住・その他) ⇒ 所有者の承諾が必要です
建築時期	(M.T.S.H.R) 年 月頃 ⇒ 昭和56年5月以前に「着工」された戸建て住宅は、耐震診断を受ける必要があります(例外あり)

改造希望内容	
・浴室、洗面所	(現況) ・手すりの設置 ・出入口のフラット化 ・間口を広げる ・扉の変更 ・浴槽の取替え ・リフトの設置 ・その他()
・便所	(現況) ・手すりの設置 ・出入口のフラット化 ・間口を広げる ・扉の変更 ・和式の洋式化 ・その他()
・玄関	(現況) ・手すりの設置 ・出入口のフラット化 ・間口を広げる ・扉の変更 ・車いす昇降機の設置 ・踏み台の設置 ・外部階段の手すりの設置 ・外部段差のスロープ化 ・その他()
・廊下、階段	(現況) ・手すりの設置 ・床のかさ上げ ・その他()
・居室	(現況) ・手すりの設置 ・出入口のフラット化 ・間口を広げる ・扉の変更 ・フローリング化 ・その他()
・台所	(現況) ・手すりの設置 ・出入口のフラット化 ・間口を広げる ・扉の変更 ・その他()
介護保険住宅改修の利用状況 ⇒ ・利用済(円) ・今回同時利用予定	

<明石市記入欄>

(助成割合) ・3/3 ・9/10 ・2/3 ・1/2 ・1/3 ・対象外

(耐震診断) 1.要 2.不要 (“要”の場合) 1.受診済 2.未受診