

介護保険住宅改修【 償還払 】事前承認願書

A①

償

・金額を訂正する場合は、申請書を差し替えてください。  
・太枠内のみ記入してください。

保険者番号					被保険者番号				
フリガナ					生年月日	明治	年	月	日
被保険者氏名						大正	昭和		
住所 (改修住所)									
住宅の所有者	住所				被保険者との関係 ( )				
	氏名(自署)				電話番号 - -				
	(自署が困難な場合は、記名・押印してください。)								
改修の内容・ 箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床または通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え				入院・入所の 有無	1. 有   2. 無			
改修予定金額	予定工事のうち、工事費見積書記載の介護保険対象部分の 金額を記入してください。				千	円			
介護保険住宅改 修利用の有無	1. 初めて   2. 一部利用済   3. 一部別途申請中 (償還・受領委任)			神戸市住宅改修助成事業 併用の有無		1. 有   2. 無			
住宅改修 施工業者	住所又は所在地				電話番号 - -				
	氏名又は名称				FAX - -				
	代表者職氏名				(担当者氏名 )				
居宅介護(介護予 防)支援事業者	上記が受託事業所の際の介護予防支援事業所名 ( )				介護支援専門員等氏名				
着工予定日	令和	年	月	日	完成予定日	令和	年	月	日
神戸市 区長 あて 令和 年 月 日 上記のとおり【償還払】にて住宅改修を行うため事前承認願書及び必要書類を提出しますので承認をお願いします。 申請者 住所 電話番号 - - (被保険者又は 氏名(自署) 成年後見人) (自署が困難な場合は、記名・押印してください。) (成年後見人が申請する場合は、その者の住所・氏名を記載し、資格が確認できる書類を添付して下さい。)									

※特定施設(軽費老人ホーム・養護老人ホーム・有料老人ホーム)・グループホームは改修は一般的には想定していません

(事前申請に必要な書類)

A①事前承認願書 A②支給申請書 ③住宅改修理由書(その1) ④(その2) ⑤住宅改修箇所計画図 ⑥現況(改修前)写真…日付入り  
⑦工事費見積書

※市営住宅・県営住宅・市(県)住宅供給公社等の賃貸住宅の場合は、あらかじめ管理者に「模様替等承認申請書」または「用途変更等承認申請書」等を提出して「模様替等承認通知書」等の交付を受けてください。

※神戸市住宅改修助成事業を併用して利用する場合は「神戸市住宅改修助成事業決定通知書」(写)を添付して申請してください。

(神戸市記入欄)

確認事項(事前承認願書・支給申請書)	給付制限: <input type="checkbox"/> 無 : 有 ( <input type="checkbox"/> 保険料滞納 <input type="checkbox"/> 滞納時効消滅)										
①支給限度基準額(残額) 円	認定: <input type="checkbox"/> 申請中(申請日: R . . . ) 承諾書: <input type="checkbox"/>										
②申請書金額(改修予定金額) 円	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5										
③確認金額 円	資格: <input type="checkbox"/> 理由書: <input type="checkbox"/> 所有者承諾書: <input type="checkbox"/> 改修予定箇所確認: <input type="checkbox"/>										
④支給対象予定額 (①②③のうち 少ない額) 円	利用実績: <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 一部利用済 <input type="checkbox"/> 一部別件申請中										
⑤給付率 ( . . . ~ . . . ) / 100	3段階リセット該当: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無 転居リセット: <input type="checkbox"/>										
⑥支給予定額 (④×給付率) 円	令和 年 月 日										
⑦支給後限度基準額(予定) (①-④) 円	<table border="1"> <tr> <td>課長</td> <td>係長</td> <td>担当</td> <td>入力</td> <td>受付</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	課長	係長	担当	入力	受付					
課長	係長	担当	入力	受付							
	上記承認願について、下記のとおり決定してよろしいか。 承認 ・ 不承認										

居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書【償還払】

A②

償

保険者番号		被保険者番号											
フリガナ			生年月日	明治		年	月	日					
被保険者氏名				大正					昭和				
住所 (改修住所)													
改修の内容・ 箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床または通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え												
改修予定金額	改修予定工事のうち、「工事費見積書」記載の介護保険対象部分の金額を記入してください。						千		円				
神戸市 区長 あて      令和 年 月 日 上記のとおり 償還払 による居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 住所      電話番号 - - 申請者 (被保険者又は 成年後見人) 氏名(自署) (自署が困難な場合は、記名・押印してください。) (成年後見人が申請する場合は、その者の住所・氏名を記載し、資格が確認できる書類を添付して下さい。)													

・金額、指定口座を訂正する場合は、申請書を差し替えてください。  
 ・償還払による申請の場合はこの用紙に記入してください。

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。

ゆうちょ銀行へは振込用店名・口座番号を記入して下さい。

口座 振替 依頼 欄	金融機関コード	支店コード	預金種別	フリガナ	口座番号					
					1 普通					
	銀行	本店	2 当座							
	信用金庫	支店	4 貯蓄	口座名義						
	信用組合 農業協同組合	出張所								

口座名義が被保険者と異なる場合は別途「委任状」が必要です。

# 神戸市介護保険住宅改修理由書(その1)

〈基本情報〉

<b>利用者</b>	氏名										
	住所(改修住所)										
	要介護認定(該当に○)	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5							
	<input type="checkbox"/> 介護サービス利用中	<input type="checkbox"/> 介護サービス利用なし	<input type="checkbox"/> 支援事業者の届出なし								

<b>理由書作成者</b>	現地確認日	令和 年 月 日			作成日	令和 年 月 日			
	理由書作成資格	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所担当職員 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター2級以上 <input type="checkbox"/> 増改築相談員(本市研修修了者)							
	事業所名称					所在地			
	作成者氏名(自署)	(自署が困難な場合は、記名・押印してください。)				電話番号			

<b>神戸市記入欄</b>	<input type="checkbox"/> サービス利用状況確認 <input type="checkbox"/> 事業所確認 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員確認									
---------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ケアプラン作成に従事する介護支援専門員等確認欄…理由書作成が介護支援専門員でない場合またはケアプラン作成者と異なる場合。(居宅介護支援事業者の届出が無い場合は不要)	
事業所名称	所在地
氏名(自署)	電話番号
(自署が困難な場合は、記名・押印してください。)	

〈総合的状況〉

		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
利用者の身体状況		車いす (車いす付属品を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護状況 (主な介護者含む)		特殊寝台 (特殊寝台付属品を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修により利用者は日常生活をどう変えたいか		じよく瘡予防用具	<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 (つり具の部分を除く)	<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"/>	
	移動用リフトのつり具部分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	( )			
	( )			

※担当ケアマネジャー以外が作成する場合は、資格を証する書類を添付してください。









介護保険住宅改修実績報告書【償還払】

A⑧

償

・金額を訂正する場合は、申請書を差し替えてください。  
・償還払による申請の場合は、この用紙に記入してください。

保険者番号		被保険者番号	
フリガナ		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
被保険者氏名			
住所 (改修住所)			
被保険者確認 (署名)欄	実績報告書及び添付書類のとおり住宅改修工事が完了したことを現地で確認しました。 令和 年 月 日 電話番号 - - 被保険者(成年後見人等) 氏名(自署) (自署が困難な場合は、記名・押印してください。)		
工事着工日	令和 年 月 日	工事完了日	令和 年 月 日
施工業者	神戸市 区長 あて 令和 年 月 日 上記被保険者の居住する住宅の改修工事が完了しましたので、工事後の写真等を添えて報告します。 また、当該住宅改修に要した費用が確定しましたので併せて報告します。なお、実績報告に係る提出書類については被保険者等の確認を得ていることを申し添えます。 住所又は所在地 氏名又は名称 電話番号 - - 代表者職氏名 (担当者氏名)		
(A) 支給対象予定額 (承認通知書参照)			千 円
(B) 住宅改修に要した費用 (介護保険対象分) (「工事費内訳書」から算出したもの)			千 円
【住宅改修に要した費用が改修予定費用より減額になった場合の理由】	退院・退所を条件として承認となった場合 令和 年 月 日 退院退所		

(神戸市記入欄)

確認事項 (実績報告書・償還払)	
① 支給限度基準額(残額)	円
② 申請書金額 (改修予定費用)	円
③ 支給対象予定額 (A)	円
④ 住宅改修に要した費用 (B)	円
⑤ 確認金額	円
⑥ 支給対象額 (確定) (③⑤のうち少ない額)	円
⑦ 給付率 ( . . . ~ . . . ) / 100	
⑧ 支給額 (⑥×給付率)	円
⑨ 支給後限度額 (①-⑧)	円

着工日の認定： 要支援 1・2  
要介護 1・2・3・4・5

認定変更申請： 決定済

給付制限： 無：有 (保険料滞納 滞納時効消滅)

事前承認願書・申請書：

住所： 領収証： 改修確認：

利用実績： 初めて 一部利用済 一部別途申請中

3段階リセット該当：有：無 転居リセット：

【確認欄】 令和 年 月 日

課長	係長	担当	入力	受付



介護保険住宅改修 改修後写真

⑨

被保険者氏名					被保険者番号															
住所 (改修住所)											電話番号	-	-							
作成者 (施工業者)	住所又は所在地					担当者氏名														
	氏名又は名称					電話番号					-	-								

<p>* 改修後の写真は改修前写真と同じ位置から撮影すること。</p> <p>* 改修箇所別の写真は、黒板などに日付(○年○月○日)を入れて撮影すること。</p> <p>* 改修箇所の状況に応じてスケール等により数値が確認できるようにすること。</p> <p>* 必要に応じて施工中(過程)の写真も撮影すること。 (壁又は床に係る下地補強や固定の状況、床材・通路面の材料の変更工事の過程等)</p> <p>* 右の写真番号は計画図及び工事内訳書に記載する番号と一致させること。</p>	No.
	<p><b>【改修箇所】</b></p> <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 居間・食堂 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 洗面・脱衣室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 玄関～道路 <input type="checkbox"/> その他 ( )
改修後 写真貼付欄	<p><b>【実施した工事種別】</b></p> <input type="checkbox"/> (1) 手すりの取付け <input type="checkbox"/> (2) 段差の解消 <input type="checkbox"/> (3) 床または通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> (4) 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> (5) 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> (6) その他(1)～(5)に付帯する工事

<p>* 改修後の写真は改修前写真と同じ位置から撮影すること。</p> <p>* 改修箇所別の写真は、黒板などに日付(○年○月○日)を入れて撮影すること。</p> <p>* 改修箇所の状況に応じてスケール等により数値が確認できるようにすること。</p> <p>* 必要に応じて施工中(過程)の写真も撮影すること。 (壁又は床に係る下地補強や固定の状況、床材・通路面の材料の変更工事の過程等)</p> <p>* 右の写真番号は計画図及び工事内訳書に記載する番号と一致させること。</p>	No.
	<p><b>【改修箇所】</b></p> <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 居間・食堂 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 洗面・脱衣室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 玄関～道路 <input type="checkbox"/> その他 ( )
改修後 写真貼付欄	<p><b>【実施した工事種別】</b></p> <input type="checkbox"/> (1) 手すりの取付け <input type="checkbox"/> (2) 段差の解消 <input type="checkbox"/> (3) 床または通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> (4) 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> (5) 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> (6) その他(1)～(5)に付帯する工事

