

# 住宅改造費助成事業受付票

平成 年 月 日

(申込者:所属 氏名 連絡先Tel )

(工事施工業者名 担当者名 連絡先Tel )

対象者	氏名	住所		
	Tel	生年月日	M. T. S. H	年 月 日 ( 歳)
相談者	氏名	住所		
	Tel	対象者との続柄		
介護保険認定日↓	認定内容	・ 要支援 [ ] ・ 要介護 [ ] 年 月 日 ・ 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、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	(大正・昭和・平成) 年 月 頃 ⇒ 昭和56年5月以前に建築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