

住宅改修が必要な理由書

見本

受付印

令和 4 年 10 月 1 日 提出

P1

〈基本情報〉

被保険者番号	0012345678	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 大正 10 年 10 月 10 日 <input type="checkbox"/> 昭和	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
利用者	利用者氏名	①被保険者番号、住所、氏名、フリガナ、電話番号、生年月日、性別、認定情報は、正確に記入して下さい。また、住宅の所有者が被保険者と異なる場合は、承諾書が必要です。なお、続柄は被保険者からみた住宅の所有者の続柄を記入して下さい。		要介護 1	<input type="checkbox"/> 要介護 4
	住所	〒0996-0099 薩摩川内市 祁答院町 蘭牟田 99999番地	住宅の所有者	要介護 2	<input type="checkbox"/> 要介護 5
	TEL	0996 - 00 - 9999	被保険者との関係 (長男)	要介護 3	
				認定期間	0.1 ~ H23.9.30

現地確認日	令和 4 年 10 月 1 日	②現地確認日、作成日、提出日、所属事業所名、連絡先、作成者氏名を記入の上、作成者の該当資格にレを記入し、5の者以外の者については、資格を証明する書類の写しを添付して下さい。なお、5の者が作成した場合、提出後、地域包括支援センター職員による確認を行います。 ※在宅介護支援センターや地域包括支援センターに勤務する介護支援専門員は、1になりますので、資格を証明する書類の写しを添付して下さい。
所属事業所	2	
作成者 (該当にレ)	資格	1 <input type="checkbox"/> 保健師 2 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 3 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 4 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 5 地域包括支援センターに勤務する者で、上記1、2、3又は4以外の者 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事
氏名		この欄は地域包括支援センター職員が記入します。

〈総合的状況〉

利用者の身体状況	③ 半年前に脳梗塞により右半身麻痺。右上肢は随意的に動かすことはできないが、右下肢は多少動かすことができる。屋内は杖歩行で見守り若しくは軽介助が必要。屋外では車いす移動が主である。 ④ 立ち上がりやバランスの保持、移動といった生活動作に関する身体状況を記述して下さい。
介護状況	④ 各種介護サービスだけでなく、家族の介護も含めた介護状況を記述して下さい。
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたか	⑤ 一人での浴槽への出入は恐怖感があり、また妻一人だけの介助では浴槽への出入りを行うことは困難であるため、現在は浴槽には入らずシャワー浴だけの利用となっている。改修を行うことにより、今後は妻や訪問介護の助けも得ながら浴槽に入れるようにしたい。 ⑥ 利用者や家族が住宅改修によって現在の暮らしをどのように変えたいのか、あるいは継続していきたいのかを総合的に記述して下さい。

福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定	改修前	改修後
●車いす	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
●台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●福祉用具の利用状況とともに、改修後、利用が想定される福祉用具にレを記入して下さい。「その他」の欄には、住宅改修に関連した介護保険給付対象外の福祉用具を記入して下さい。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
●その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

〈改修予定〉

業者名	⑦施工業者名、見積金額、着工予定日、完成予定日を記入して下さい。
見積金額	
着工予定日	平成 23 年 1 月 30 日
完成予定日	平成 23 年 2 月 15 日

〈過去の改修〉

年度	改修内容	介護度
平成 23 年		
平成 22 年		
平成 21 年		
平成 20 年		
平成 19 年		
平成 18 年		
平成 17 年		
平成 16 年		
平成 15 年		
平成 14 年		
平成 13 年		
平成 12 年		
平成 11 年		
平成 10 年		
平成 9 年		
平成 8 年		
平成 7 年		
平成 6 年		
平成 5 年		
平成 4 年		
平成 3 年		
平成 2 年		
平成 1 年		

この欄は薩摩川内市職員が記入します。

改修費	事業費	補助金	自己負担	合計	この欄は薩摩川内市職員が記入します。	平成 23 年 10 月 1 日
-----	-----	-----	------	----	--------------------	------------------