

# 申請の手引き

## 住宅改修 福祉用具購入 軽度者に対する福祉 用具貸与の例外給付

住宅改修費の支給申請について・・・・・・・・・・	1
福祉用具購入に係る支給申請について・・・・・・・・	5
軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱い について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
様式集（別紙1～別紙9）	

戸田市役所 健康長寿課

平成25年4月 作成  
令和4年4月 改訂

# 住宅改修費の支給申請について

## 1. 介護保険制度における住宅改修の位置付け

- ・ 居宅介護住宅改修の支給・・・・・・・・・・介護保険法施行規則第74～76条
- ・ 居宅介護予防住宅改修の支給・・・・・・・・・・介護保険法施行規則第93～95条
- ・ 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11年厚生労働省告示第95号
- ・ 居宅介護住宅改修費支給限度基準額及び介護予防住宅改修費支給限度基準額  
・・・・・・・・・・平成12年厚生労働省告示第35号
- ・ 介護の必要の程度が著しく高くなった場合における介護保険法第45条第4項の規定により算定する額・・・・・・・・・・平成12年厚生労働省告示第39号

## 2. 申請者

要介護・要支援の認定を受けており、現に居住する住所地において心身の状況や住宅の状況に照らして改修が必要と認められる者。自立支援に繋がる改修であること。

## 3. 支給に係る住宅改修の種類・・・・・・・・・・平成11年厚生労働省告示第95号

- (1) 手すりの取付け
- (2) 段差の解消
- (3) 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又通路面の材料の変更
- (4) 引き戸等への扉の取替え
- (5) 洋式便器等への便器の取替え
- (6) その他・・・・・・・・(1)から(5)の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修
  - 手すりの取付け
  - 手すりの取付けのための壁の下地補強など
  - 段差の解消
  - 浴室の床段差の解消(浴室の床かさ上げ)に伴う給排水設備工事など
  - 床材の変更
  - 床材の変更のための下地の補強や根太の補強など
  - 扉の取替え
  - 扉の取替えに伴う壁または柱の改修工事など
  - 便器の取替え
  - 便器の取替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)便器の取替えに伴う床材の変更など

#### 4. 支給限度基準額等・・・・・・・・・・・・・・・・平成12年厚生労働省告示第35号

(1) 支給限度基準額 : 20万円

(2) 支給限度額管理 : 要介護等状態区分に関わらず支給限度基準額は20万円。  
ただし、転居した場合には、改めて住宅改修の支給を受けられます。

(3) 算定上の留意事項

##### 新築又は増改築の場合

住宅の新築は、住宅改修とは認められないので住宅改修費の対象となりません。また、増築により新たに居室・トイレを設ける場合は住宅改修費の対象となりませんが、増築に伴う廊下の幅に合わせた手すりの取付け、便所の拡張に伴い和式便器から洋式便器に取り替える場合等は、それぞれ「手すりの取付け」、「和式便器から洋式便器に取替え」に係る費用についてのみ住宅改修費の支給対象とします。

##### 住宅改修費の支給対象外の工事も併せて行われた場合

住宅改修費の支給対象となる住宅改修に併せて支給対象外の工事も行われた場合は、対象部分の抽出、按分等適切な方法により、住宅改修費の支給対象となる費用を算出します。

##### 申請者等自らが住宅改修を行った場合

住宅改修のための材料を購入し、申請者またはその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します。この場合、施行規則第75条第2項第1号及び第94条第2項第1号の「住宅改修に要した費用に係る領収証」は材料を販売した者が発行したものとし、これに添付する工事費内訳書として、使用した材料の内訳を記載した書類を申請者またはその家族等が作成することとします。

なお、この場合であっても、居宅介護（介護予防）住宅改修費に係る事前確認書類、工事の事前・事後の状態を確認できる書類等は必要となります。

##### 一つの住宅に複数の要介護認定者（以下認定者とする）がいる場合の住宅改修の費用

一つの住宅に複数の認定者が居住する場合において、住宅改修費の支給限度額の管理は認定者ごとに行われるため、認定者ごとに住宅改修費の支給申請を行うことが可能です。

一つの住宅に同時に複数の認定者に係る住宅改修が行われた場合は、当該住宅改修のうち、認定者に有意な範囲を特定し、その範囲が重複しないように申請を行うものとします。

したがって、複数の認定者の各居室の床材の変更を同時に行った時は、それぞれの認定者の住宅改修費の対象となるが、共有の居室について床材の変更を行った時は、いずれか一方のみが支給申請を行うこととなります。

(4) 要介護状態が著しく重くなった場合の例外・・平成12年厚生労働省告示第39号  
最初に住宅改修費の支給を受けた住宅改修費の着工時点と比較して、介護の必要度が高くなった場合（介護の必要の程度が3段階以上、上がった場合）は例外的に、改めて支給限度基準額（20万円）までの住宅改修費の支給を受けることができます。（次頁表参照）

また、初回分の住宅改修について支給限度基準額の残額があっても、追加分に持ち越されず、20万円となります。ただし、この取り扱いは同一住宅・同一要介護者について1回が限度です。

初回の住宅改修時点での要介護状態	追加の住宅改修時点での要介護状態
要支援 1	要介護 3・要介護 4・要介護 5
要支援 2・要介護 1	要介護 4・要介護 5
要介護 2	要介護 5
要介護 3	-
要介護 4	-
要介護 5	-

(5) 保険給付額

申請者の負担割合により9割～7割給付になります。但し、申請者に給付額の減額が適用されている場合は、7割又は6割給付となります。

(例) 20万円を超える工事の場合は、1割負担の方は9割(18万円)の給付となり、残りが自己負担額

(6) 対象外の改修を併せて行った場合

支給対象外の改修を併せて行う場合は、工事見積書に介護保険対象分と対象外の区別を記載してください。

## 5. 申請方法及び提出書類

はじめに、事前申請書類一式を提出し、市の承認が出た後に工事を着工します。完工後、支給申請書を提出する。(償還払い方式<sub>1</sub>又は受領委任払い方式<sub>2</sub>により、一部事後申請の流れが異なります。)

- 1 償還払い方式：申請者が全額を支払った後、市から介護給付該当額を支給する方式
- 2 受領委任払い方式：本市への受領委任払い登録事業者による工事施工により、申請者は本人負担額を支払い、介護給付該当額を市から施工業者へ支払う方式(本市への受領委任払いの登録については、事業者による別途手続きが必要となります。)

【事前申請(償還払い・受領委任払い共通)】 工事着工前に必ず申請してください。

居宅介護(介護予防)住宅改修費に係る事前確認書類 **別紙1**

介護支援専門員もしくは地域包括支援センターの担当職員(以下「ケアマネジャー等」とする)による作成となります。

工事の図面(改修する被保険者の自宅図面)

工事の見積書

内訳はなるべく項目を細かく記載し、「諸経費」「雑費」等の項目は避けてください。また、見積書の宛名は被保険者となります。

工事前の状況がわかる日付入りの写真：黒板や用紙に日付を明記して撮影しても可

改修箇所や段差の状況が明確に判別できる写真を適当な台紙に貼ってください。  
承諾書 別紙2-1又は別紙2-2

住宅の所有が申請者以外の場合に提出が必要となります。所有者が同居家族である場合や共有名義である場合も提出が必要となります。

給付対象として適当な改修かを確認し、上限額・支給実績等を確認した後、書面にて通知します。通知後に改修工事に取り掛かってください。

【事後申請】工事が完了し、支払いが終わったら支給申請をしてください。

#### ア. 償還払い方式

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書兼請求書 別紙3

本人負担額の領収証原本

原本を提出できない場合は、原本を提示の上、写しを提出

工事後の状況がわかる日付入りの写真

工事後の内訳明細書（見積書の金額と異なる場合のみ）

#### イ. 受領委任払い方式

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書兼請求書 別紙3

本人負担額の領収証原本

原本を提出できない場合は、原本を提示の上、写しを提出

工事後の状況がわかる日付入りの写真

工事後の内訳明細書（見積書の金額と異なる場合のみ）

受領委任払い制度による事業者受領額内訳（住宅改修） 別紙4

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書兼請求書の提出は、サービス提供のあった月（領収証の日付の属する月）の翌月15日までに行ってください。

住宅改修工事完了後、特段の理由がなく、支給申請書の提出が遅れる住宅改修業者につきましては、受領委任払いの登録を抹消します。

## 6. 注意事項

介護保険認定申請期間中の住宅改修の申請について

・認定申請中は、原則、事前申請のみの受付となりますので、認定の結果後、着工してください。

・認定前に改修が必要な場合は、必ず健康長寿課へ事前に相談してください。

・認定の結果、「非該当」の場合は支給対象外（全額自己負担）となります。

適正化の観点から、極力複数業者から見積りを徴取し、必要最低限度の工事費用になるように心がけてください。「本人が希望しない」という理由で、高額工事に係る見積書を複数徴取しないことは、適正ではありませんので、本人又は家族に介護保険制度の主旨をご説明の上、複数業者から見積りを徴取するようお願いいたします。

介護保険認定申請前に行った住宅改修については認められません。

認定者が住宅改修を既に行ってしまった後の住宅改修費の申請は認められません。

入院・入所中の申請は、事前申請のみ受け付けます。退院・退所を確認後、工事を着工してください。（退院までに工事完了を希望する場合は相談してください。）

工事の改修内容・改修箇所に変更が生じた場合は、当初提出した申請を無効として、新たに事前申請からやり直してください。（軽微な変更を除きます。）

事前申請の承認が降りる前に着工した住宅改修については、介護保険の対象外となり、全額自己負担となりますので、承認後の着工を徹底してください。

# 福祉用具購入に係る支給申請について

## 1. 介護保険制度における福祉用具購入の位置付け

- ・居宅介護福祉用具の購入費の支給・・・・・・・・・・介護保険法施行規則第70～73条
- ・居宅介護予防福祉用具購入費の支給・・・・・・・・・・介護保険法施行規則第89～92条
- ・厚生労働大臣が定める特定福祉用具販売に係る特定福祉用具の種目及び厚生労働大臣が定める特定介護予防福祉用具販売に係る特定介護予防福祉用具の種目  
・・・・・・・・・・平成12年厚生労働省告示第94号
- ・居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額及び介護予防福祉用具購入費支給限度基準額  
・・・・・・・・・・平成12年厚生労働省告示第34号

## 2. 申請者

要介護・要支援の認定を受けた者で、日常生活の自立を助けるために特定福祉用具が必要と認められる者。

## 3. 支給に係る特定福祉用具の種類・・・・・・・・平成11年厚生労働省告示第94号

- (1) 腰掛便座・・・・・・・・次のいずれかに該当するもの  
 和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの  
 洋式便座の上に置いて高さを補うもの  
 電動式又は、スプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの  
 便座、パケツ等からなり、移動可能である便器（居室において利用可能であるものに限る）  
ウォシュレット付便座、暖房機能付便座、脱臭機能付便座等のオプションについては標準機能部分の金額のみの承認とし、差額部分は自己負担となります。
- (2) 入浴補助用品・・・・・・・・座位の保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって、次のいずれかに該当するもの

	品 目	内 容
1	入浴用いす	座面の高さが概ね35センチ以上のもの又はリクライニング機能を有するものに限る
2	浴槽用手すり	浴槽の縁を挟み込んで固定することができるものに限る
3	浴槽内いす	浴槽内に置いて利用することができるものに限る
4	入浴台	浴槽の縁にかけて利用する台であって、浴槽への出入りを容易にすることができるものに限る
5	浴室内すのこ	浴室内に置いて、浴室の床の段差の解消を図ることができるものに限る
6	浴槽内すのこ	浴槽の中において、浴槽の底面の高さを補うものに限る
7	入浴用介助ベルト	身体に直接巻き付けて使用するもので、浴槽への出入り等を容易に介助することができるものに限る

(3) 特殊尿器

	品目	内容
1	特殊尿器	尿が自動的に吸引されるもので、要介護者等又はその介護を行う者が容易に使用できるもの
2	自動排泄処理装置	要介護者の有する能力等、一定の条件あり

(4) 簡易浴槽・・・空気式又は折り畳み式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のための工事を伴わないもの

(5) 移動用リフトの吊り具部分

(6) 排泄予測支援機器

4. 支給限度基準額等・・・平成12年厚生労働省告示第34号

(1) 支給限度基準額 : 10万円

(2) 支給限度額管理 : 4月1日から翌年3月31日までの期間で10万円。  
同一種目は1回のみでの給付とし、破損・介護状態の著しい変更等、給付を受けた物品での対応が困難な場合  
(破損の場合は、申請時に用具の写真を添付すること)

(3) 保険給付額 : 申請者の負担割合により9割～7割給付になります。但し、申請者に給付額の減額が適用されている場合は、7割又は6割給付となります。

(例) 10万円を超える購入の場合は、1割負担の方は9割(9万円)の給付となり、残りが自己負担額

5. 申請方法及び提出書類

はじめに、事前申請書類一式を提出し、市の承認が出た後に物品を購入します。購入後、支給申請を提出してください。(償還払い方式・受領委任払い方式により、一部事後申請の流れが異なります。)

【事前申請(償還払い・受領委任払い共通)】 購入前に必ず申請してください。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入に係る事前確認書類 **別紙5**

ケアマネジャー等、福祉用具専門相談員による作成

購入品見積書

購入品のパンフレット・・・コピー可

居宅(介護予防)サービス計画又は特定(介護予防)福祉用具販売計画

給付対象として適当かを確認し、上限額・支給実績等を確認した後、書面にて通知します。通知後に購入していただくようお願いします。

【事後申請】購入後に、支払いが終わったら支給申請をしてください。

**ア．償還払い方式**

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書兼請求書 別紙6

本人負担額の領収証原本

原本を提出できない場合は、原本を提示の上、写しを提出

**イ．受領委任払い方式**

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書兼請求書 別紙6

本人負担額の領収証原本

原本を提出できない場合は、原本を提示の上、写しを提出

受領委任払い制度による事業者受領額内訳（福祉用具） 別紙7

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書の提出は、サービス提供のあった月（領収証の日付の属する月）の翌月15日までに行ってください。  
福祉用具購入後、特段の理由がなく、支給申請書の提出が遅れる事業者につきましては、受領委任払いの登録を抹消します。

**6．注意事項**

介護保険認定申請期間中の福祉用具購入の申請について

- ・認定申請中は、原則、事前申請のみ受付け、認定の結果後、福祉用具の購入をするようにしてください。（認定前に必要な場合は、相談してください。）
- ・認定の結果、「非該当」の場合は支給対象外（全額自己負担）となります。

介護保険認定申請前に購入した福祉用具については認めません。

認定者が既に購入した後の福祉用具購入費の申請については受け付けません。

入院・入所中の申請は、事前申請のみ行い、退院・退所を確認した後、福祉用具の購入をしてください。

同一物品の再購入の場合は、破損した用具の写真を添付する。すのこの購入も場合も現場写真を添付してください。



# 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いについて

## 1. 基本的な考え方

平成 18 年度介護報酬改定に伴い、軽度者（要支援 1・2 及び要介護 1）の状態像からは想定しにくい種目について、保険給付の対象外とされ、例外的に給付される状態の判断方法として、原則として認定に係る基本調査結果を活用することとされました。しかし、基本調査結果だけでは、福祉用具が必要な状態であるにもかかわらず、例外給付の対象とならない事例が存在することが判明したため、平成 19 年から福祉用具の例外給付の取扱いが改正されることとなりました。

## 2. 取扱いの見直しにあたって

平成 19 年度の改正において、保険給付の対象となるのは、様々な疾患などによって厚生労働省が示した状態像（厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイ）に該当する方となります。したがって、利用者の状態像及び福祉用具貸与の必要性を慎重に精査し、適切なケアマネジメントを行ってください。

## 3. 対象者

要支援 1・2 及び要介護 1 の認定者

ただし、自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）については、要支援 1・2 及び要介護 1 に加え、要介護 2・3 の認定者

## 4. 対象種目

「車いす」「車いす付属品」「特殊寝台」「特殊寝台付属品」「床ずれ防止用具」「体位変換器」「認知症老人徘徊感知機器」「移動用リフト」「自動排泄処理装置」

## 5. 利用開始までの流れ

### （1）利用者の状態像の確認およびアセスメントの実施

平成 18 年 4 月施行の例外規定に照らし、保険給付対象となる状態像（介護認定調査の結果）に該当するか否かを判断します。（調査結果に該当しない場合、を検討）ケアマネジャー等は、利用者の状態像の確認およびアセスメントの実施により、当該利用者の状態が枠内に示した状態像 から に該当する可能性及び、福祉用具貸与が適当か否かを判断します。

### 《状態像》

疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイの状態像に該当する者  
（例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象）

疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者  
（例 がん末期の急速な状態悪化）

疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等、医学的判断から厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイに該当すると判断できる者  
（例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

具体的な事例は、別紙「軽度者への福祉用具貸与種目における一定条件と判断方法」を参照

(2) 医学的所見の確認

(1) により、貸与が適当と判断した場合、状態像 から のいずれかに該当することを医学的所見(以下のいずれか)により確認します。

- (ア) 要介護認定の主治医意見書
- (イ) 医師の診断書等
- (ウ) 医師から所見を聴取

留意事項

- ・医学的所見については、「診断名〇〇〇〇、福祉用具〇〇〇〇が必要」と記載されているだけでは状態像 ~ に該当するか確認ができませんのでご注意ください。  
(福祉用具の貸与を必要となる原因の疾病や症状、困難な動作、身体状況等の具体的な記載が必要となります。)
- ・医学的所見を求める際は、医師に十分な説明をしたうえで状態像 ~ の状態に該当するかを確認し、該当する場合はその内容を具体的に聴取してください。

(3) サービス担当者会議の開催等、適切なケアマネジメントの実施

ケアマネジャー等は、認定調査結果又は医学的所見を踏まえ、サービス担当者会議の開催等、適切なケアマネジメントを実施します。

(4) 福祉用具貸与(例外給付)の確認申請

(3)により、福祉用具が特に必要であると判断された場合、「軽度者に対する福祉用具貸与(例外給付)に係る確認依頼の申請書類」を提出します。

(5) 確認結果の通知

市では、提出された書類から必要性を確認し、審査終了後、確認通知書をケアマネジャー等に通知します。

(6) 福祉用具貸与の実施

市から通知された「確認通知書」記載の給付開始予定日から貸与を行ってください。

有効期間

- ・開始日 「確認通知書」記載の給付開始予定日
- ・終了日 要介護の認定有効期間の終了日

有効期間後も継続して貸与を受けるためには、有効期間が切れる前に再度手続きを行う必要があります。

(7) 必要性の検証

福祉用具貸与実施後は、モニタリングによって必ずその必要性を見直し、その結果をケアプラン等に記録してください。

定期的なモニタリングやケアマネジメントの結果、不要となれば「貸与中止」、または種目変更等が必要となれば、再度、確認申請の手続き等必要な対応を講じること。新たに認定結果が出て、例外給付が必要な場合には再度提出が必要です。なお、事後に上記の必要性の見直しが適切に行われていなかったことが判明した場合、保険給付の返還対象とする場合もあるのでご注意ください。

あくまでも軽度者への貸与は原則保険給付対象外であることを踏まえ、適切なケアマネジメントのもと運用してください。

「電動車いす」での事故が報告されていることを受け、十分なアセスメントを行い、利用者自身の理解力や適応、環境などを十分に考慮して事故防止に配慮すること。自立支援に向けての利用を心掛け、ケアプランへの位置づけをお願いします。

## 6. 申請方法及び提出書類

### (1) 確認申請書の提出

提出先 戸田市 健康長寿課 管理担当

提出時期 給付開始前

原則は事前申請となりますが、主治医の意見確認に日数かかる等の理由がある場合は、申請日から30日前までは遡って給付開始が可能です。

給付開始希望日が申請日より30日以上前に遡る場合は、必ず健康長寿課へご相談の上申請してください。理由によっては、理由書の添付を求める場合があります。

事前に相談のない30日以上前の遡りは、認められませんのでご注意ください。

予防給付の場合の「確認申請書」の提出者

- ・ 地域包括支援センターが介護予防サービス計画を作成している場合  
当該地域包括支援センターの担当者
  - ・ 地域包括支援センターが介護予防サービス計画の作成を居宅介護支援事業所に委託している場合  
当該居宅介護支援事業所の担当者
- 福祉用具貸与事業者からの提出は受けられません。

### (2) 提出書類

軽度者への福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書 別紙 8

「サービス担当者会議の要点(第4表)」もしくは「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)」の写しいずれか1つ

福祉用具サービス計画書

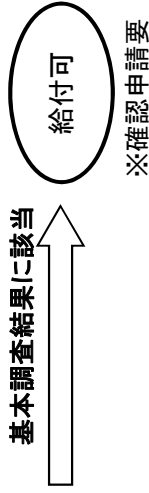
状態像の確認方法により、(ア)又は(イ)

認定調査結果 : (ア) 認定調査票一式

医学的所見 : (イ) 「主治医意見書」・「診断書等」の場合は書類の写し  
「主治医意見聴取」の場合は 申請書に記載

別紙) 軽度者への福祉用具貸与種目における一定条件と判断方法

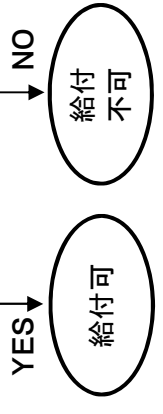
対象者	対象種目	厚生労働大臣が定める者のイ【状態像】	イに該当する 基本調査の結果
要支援 1・2 要介護 1	車いす及び 車いす付属品	次に該当する者か ○日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7(歩行) 「3.できない」 ※基本調査に該当項目なし
		次に該当する者か ○日常生活範囲における移動の支援 が特に必要と認められる者	基本調査1-4(起き上がり) 「3.できない」
	特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次に該当する者か ○日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-3(寝返り) 「3.できない」
		次に該当する者か ○日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3(寝返り) 「3.できない」
要支援 1・2 要介護 1	床ずれ防止用具 及び体位変換器	○日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3(寝返り) 「3.できない」
		次に該当する者 ○意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかにも該当する者 ○「1...できる」以外 又は基本調査3-2(意思の伝達)～3-7(場所の理解)のいずれか ○「2.できない」 又は基本調査3-8(徘徊)～4-15(話がまとまらない)のいずれか ○「1.ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む	基本調査3-1(意思の伝達) 「1...できる」以外 又は基本調査3-2(意思の伝達)～3-7(場所の理解)のいずれか ○「2.できない」 又は基本調査3-8(徘徊)～4-15(話がまとまらない)のいずれか ○「1.ない」以外
	移動用リフト (吊り具部分を除く)	○移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2(移動) 「4.全介助」以外
要支援 1・2 要介護 1～3	自動排泄処理装置	次に該当する者か ○日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8(立ち上がり) 「3.できない」 基本調査2-1(移乗) 「3.一部介助」 又は「4.全介助」
		次に該当する者か ○移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	※基本調査に該当項目なし
要支援 1・2 要介護 1～3	自動排泄処理装置	次に該当する者か ○生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査2-6(排便) 「4.全介助」
		次に該当する者か ○排便が全介助を必要とする者	基本調査2-1(移乗) 「4.全介助」
要支援 1・2 要介護 1～3	自動排泄処理装置	次に該当する者か ○移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1(移乗) 「4.全介助」
		次に該当する者か ○移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1(移乗) 「4.全介助」



基本調査結果に該当しない  
又は  
基本調査に該当項目なし

認定調査結果にて判断が出来ない  
ため、適切なケアマネジメントにより  
介護支援専門員が判断する

次の i) から iii) のいずれかにより該当する者  
i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に左表の状態像に該当する者  
(例: パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)  
ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに左表の状態像に該当することが確実に見込まれる者  
(例: がん末期の急速な状態悪化)  
iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から左表の状態像に該当すると判断できる者  
(例: ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)  
※ i) から iii) に該当することが**医学的所員**に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具が特に必要である旨が判断されている。  
↓  
確認申請により、市の確認を受けている。



# 居宅介護(介護予防)住宅改修費に係る事前確認書類

別紙 1

<基本情報>

被保険者番号	年令	歳	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
被保険者氏名	要介護認定 (該当に )	申請中	要支援	新規・区分変更・更新	
住 所	〒335 -	戸田市	要介護	1・2	
				1・2・3・4・5	

<改修工事情報>

施工予定業者名称	施工予定業者番号	円
着工予定年月日	住宅改修に要する費用の見積額	円
	見積書は別添のとおり	

<住宅改修について必要と認められる理由及び総合所見>

利用者の身体状況	福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定	福祉用具貸与及び購入品目	改修前	改修後
介 護 状 況		車いす 特殊寝台 床ずれ防止用具 体位変換器 手すり スロープ 歩行器 歩行補助つえ 認知症老人徘徊感知機器 移動用リフト 腰掛便座 特殊尿器 入浴補助用具 簡易浴槽 その他		
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか				

<住宅情報>

住宅の所有者	本人 本人以外 (氏名: ) (本人との関係: ) 本人以外が所有者の場合は、「住宅改修承諾書」を添付してください。
--------	---

備考

< 表面の「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…で困っている)を記入してください	改修の方針(…することで…が改善ができる)を記入してください	④ 改修項目(改修箇所及び規模)
排泄	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (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"/> できなかつたことを できるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> できなかつたことを できるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> 段差の解消 ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ( ) ( )
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"/> できなかつたことを できるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> できなかつたことを できるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> 段差の解消 ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ( ) ( )
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"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <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"/> できなかつたことを できるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> できなかつたことを できるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> 段差の解消 ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ( ) ( )
その他の活動	<input type="checkbox"/> 階段の昇り降り <input type="checkbox"/> 布団・ベッドからの起き上がり	<input type="checkbox"/> できなかつたことを できるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> できなかつたことを できるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、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"/> 段差の解消 ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 便器の取替え ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ( ) ( )

年 月 日

## 住宅改修の承諾についてのお願い

(賃貸人)

住 所

氏 名

殿

(賃借人)

住 所

氏 名

印

私が賃借している住宅の住宅改修を下記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、承諾いたします。

(なお、

)

年 月 日

(賃貸人)

住 所

氏 名

印

## [注]

- 賃借人は、本承諾書の点線から上の部分を記載し、賃貸人に2通提出して下さい。賃貸人は、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。
- (1)の欄は、契約書頭書を参考にして記載してください。
- 承諾に当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。

年 月 日

## 住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住 所

氏 名

印

本人との関係 ( )

私は、下記表示の住宅に、(被保険者) \_\_\_\_\_ が住宅改修を行うことを承諾いたします。

住宅改修を行う場所(所在地)

\_\_\_\_\_ 戸田市 \_\_\_\_\_

※ 名義人が複数いる場合は、全ての所有者からの承諾書が必要となります。



介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書兼請求書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号	1 1 2 2 4 3									
	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	年 月 日	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割								
住所	〒										
住宅の所有者	本人との関係（ ）										
改修の内容・ 箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 手すり取付け（ ）										
	<input type="checkbox"/> 段差の解消（ ）										
	<input type="checkbox"/> 床材の変更（ ）										
	<input type="checkbox"/> 引き戸等への取替え（ ）										
	<input type="checkbox"/> 洋式便器への取替え（ ）										
施工業者及び 事業者番号											
着工日	年 月 日	完成日	年 月 日								
改修費用	円（改修工事費用の総額）										
（宛先） 戸田市長  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 申請者 電話番号  氏名 印											

注意 ・この申請書に、領収証及び住宅改修の完了後の状態が確認できる書類等を添付してください。  
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。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金								
			2 当座預金								
			3 その他								
	フリガナ 口座名義人										

※受領委任払い登録業者が受領する場合は、口座振込依頼欄の記載は不要です。

保険者記入欄 ※記入しないでください。

改修金額	円	保険給付対象額（上限額）	円
自己負担額	円	支給決定金額	円
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	備考	

# 委任状

年 月 日

(宛先) 戸田市長

私が支払いを受ける介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費について、下記の者に受領を委任します。

委任者 (申請者)	住所
	氏名 <span style="float: right;">印</span>
受任者 (口座名義人又は受領 委任払い登録事業者)	住所又は 法人住所
	法人名
	氏名又は 代表者職氏名

注意 ・この委任状欄は、表面の「口座振込依頼欄」が本人以外の方になる場合又は受領委任払い方式で住宅改修工事をした場合に記載が必要です。  
・「法人名」は個人が受任者の場合は記載不要です。

(領収証添付欄)

年 月 日

サービス提供月

## 受領委任払い制度による事業者受領額内訳(住宅改修)

No.	利用者氏名	要介護度	負担割合	領収証の日付	改修内容	(改修費用総額)	保険対象分 (①)	利用者負担額 (②)	事業者受領額 (①-②)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10					合計	円	円	円	円

法人名

法人住所

事業所名

事業所住所

法人代表者職氏名

※法人名と事業所名、法人住所と事業所住所が同一の場合は、「事業所名」及び「事業所住所」の記載は省略できます。

## 注意事項

- ①要介護度及び負担割合は、「介護保険被保険者証」及び「介護保険負担割合証」にて必ず確認し、記載してください。
- ②代表者印の押印の必要はありません。
- ③「改修費用総額」は介護保険対象外の金額や上限額を超えた金額を含む、住宅改修工事に係る総額の記入をしてください。ただし、「保険対象分」と同一の場合は、記入不要です。
- ④サービス提供月(領収証の日付の属する月)の翌月の15日までに提出してください。(特段の理由がなく提出が遅れることが頻繁にある場合は、受領委任払い登録事業者の登録を抹消します。)



第 60 号様式（別表第 3 関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼請求書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号	1 1 2 2 4 3										
	被保険者番号											
	個人番号											
生年月日	年 月 日	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割									
住所	〒											
		電話番号										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び販売事業者名 (販売事業者指定事業者番号)	購入金額	購入日									
	製造： 販売：	円	年 月 日									
	製造： 販売：	円	年 月 日									
	製造： 販売：	円	年 月 日									

(宛先)  
戸田市長

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

申請者 電話番号

氏名 印

注意 ・この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。  
・裏面の「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。

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でください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金								
			2 当座預金								
			3 その他								
	フリガナ 口座名義人										

※受領委任払い登録業者が受領する場合は、口座振込依頼欄の記載は不要です。

保険者記入欄 ※記入しないでください。

購入金額合計	円	保険給付対象額（上限額）	円
自己負担額合計	円	支給決定金額	円
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	備考	

福祉用具が必要な理由

## 委 任 状

年 月 日

(宛先) 戸田市長

私が支払いを受ける介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について、下記の者に受領を委任します。

委任者 (申請者)	住所
	氏名 <span style="float: right;">印</span>
受任者 (口座名義人又は受領 委任払い登録事業者)	住所又は 法人住所
	法人名
	氏名又は 代表者職氏名

注意 ・この委任状欄は、表面の「口座振込依頼欄」が本人以外の方になる場合又は受領委任払い方式で福祉用具の購入をした場合に記載が必要です。  
・「法人名」は個人が受任者の場合は記載不要です。

(領収証添付欄)

年 月 日

サービス提供月

月分

## 受領委任払い制度による事業者受領額内訳(福祉用具)

No.	利用者氏名	要介護度	負担割合	購入日 (領収証の日付)	購入品目	商品名	保険対象分 (①)	利用者負担額 (②)	事業者受領額 (①-②)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
						合計	円	円	円

## 注意事項

- ①要介護度及び負担割合は、「介護保険被保険者証」及び「介護保険負担割合証」にて必ず確認し、記載してください。
- ②代表者印の押印の必要はありません。
- ③一人の被保険者に対して複数の福祉用具の販売を行った場合は、福祉用具ごとに記載してください。
- ④サービス提供月(領収証の日付の属する月)の翌月の15日までに提出してください。(特段の理由がなく提出が遅れることが頻繁にある場合は、受領委任払い登録事業者の登録を抹消します。)

法人名

法人住所

事業所名

事業所住所

法人代表者職氏名

※法人名と事業所名、法人住所と事業所住所が同一の場合は、「事業所名」及び「事業所住所」の記載は省略できます。

戸田市 健康福祉部 健康長寿課長 様

所在地 \_\_\_\_\_  
 事業所名 \_\_\_\_\_  
 管理者名 \_\_\_\_\_ 印  
 担当者名 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認について（確認依頼申請書）

下記の被保険者について、認定調査結果又は医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントの結果、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断したことから確認を依頼するものです。

## 記

## 1 福祉用具貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所			
要 介 護 度	要支援 1	要支援 2	要介護 1
	認定申請中（申請日： 年 月 日）		
給付開始希望日	年 月 日から 原則として、医師の確認日又は受付日よりも前に給付を開始することはできません。		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

## 2 福祉用具貸与を必要と判断した確認方法、福祉用具

確 認 方 法	認定調査結果	医学的所見
対 象 品 目		

## 3 医学的所見（医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック）

- ( ) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者
- ( ) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- ( ) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

医学的な所見	確 認 日	年 月 日	確 認 者	
	確認方法	(ア) 主治医意見書 (イ) 診断書 (ウ) 主治医意見聴取		
	医 師 名		所属医療機関名	
	診 断 名			
	状 況 等 ((ウ)主治医意見聴取についての具体的内容)			

- 添付書類： 1. 状態像の判断が認定調査結果による場合は、認定調査票一式  
 2. 状態像の判断が医学的な所見による場合は、確認書類（(ア)又は(イ)の写し）  
 3. サービス担当者会議の要点(写)など 4. 福祉用具サービス計画書（写）



第44号の(2)様式(18条関係)

介護給付費等受領委任払いの可否についての届出書

事業所	名称											
		事業所コード										
	所在地											
		電話 ( )										
受領委任の可否について	<p>1 受領委任払いは可能です。 受領委任払いは可能なサービス種類 ( )</p> <p>2 受領委任払いは不可能です。 ※必ずどちらかをお選びになり番号に○をつけてください。 ※受領委任払いが可能の時は、そのサービス種類を記載してください。</p>											
振込先口座 ※この欄は受領委任が可能な事業所のみご記入ください。												
		銀行 信用金庫 ( )							本店 支店 出張所			
種目	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	金融機関コード							支店 コード			
フリガナ			口座番号									
口座名義人												
<p>(宛先) 戸田市長 上記について届け出ます。</p> <p style="text-align:center;">年 月 日</p> <p>法人住所 法人名 代表者職・氏名 (担当者名) <span style="float:right;">印</span></p> <p style="text-align:right;">電話 ( ) ファックス</p>												

1 受領委任払いによる支払いは、そのサービスを提供した2箇月後になります。  
2 届出以降に上記の内容に変更が生じた時は、再度届出が必要となります。