

介護保険 住宅改修が必要な理由書（その1）

被 保 険 者	被保険者番号	000	記入 年月日	令和 年 月 日		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名					
	要介護状態区分	申請中 ・ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
	認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中（退院・退所予定日 年 月 日）				
記入者	氏名					
	職種					
	所属	所在地				
		名称	電話番号 - -			
工 種	該当 に○	改修の種類	工事実施箇所（具体的に）			
		手すりの取り付け				
		段差の解消				
		床材の変更				
		扉の取替え				
		便器の取替え				
		上記に付帯する改修				
利用者の 身体状況				福祉用具の利用状況と		
現在の 介護状況				住宅改修後の想定	改修前	改修後
				●車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				●特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅改修に より、利用 者等は日常 生活をどう 変えたいか	●床ずれ防止用具	<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	<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"/>				
●その他						
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

【飯田市処理欄】 事前審査決裁欄

課長	係長	係	審査者	事前審査確認欄