

東大阪市 介護保険住宅改修費支給申請の手引き

(令和4年12月改訂版)



《申請及び問い合わせ先》

東大阪市福祉部高齢介護室給付管理課
〒577-8521 東大阪市荒本北1丁目1番1号
TEL 06-4309-3186

《窓口受付時間》

午前9時～午前11時30分
午後0時45分～午後5時

※事前協議及び支給申請は郵送可。領収証等の返却が必要な場合は返信用封筒が必要。

目 次

■介護保険住宅改修費の支給について（概要）	p 1
■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	p 3
■介護保険住宅改修費支給の手続き	p 4
1. 事前協議	p 5
2. 支給申請	p 7
■申請書類について	
① 介護保険住宅改修事前協議書	p 8
② 介護保険住宅改修事前協議回答連絡票	p 9
③ 住宅改修が必要な理由書	p 10
④ 住宅の所有者の承諾書	p 11
⑤ 介護保険住宅改修施工計画書	p 12
⑥ 介護保険住宅改修見積書 事前協議	p 14
⑦ 写真	p 15
⑧ 介護保険住宅改修支給申請書 償還払用	p 16
⑨ 介護保険住宅改修支給申請書（受領委任払用）	p 17
⑩ 介護保険住宅改修工事費内訳書 事後申請	p 18
⑪ 介護保険住宅改修工事の軽微な変更・一部取りやめ届出書	p 19
⑫ 介護保険住宅改修完了後動作確認報告書兼退院・退所報告書	p 20
⑬ 介護保険住宅改修費取下届	p 21

介護保険住宅改修費の支給について（概要）

介護保険住宅改修費については、厚生労働省が定める住宅改修の種類（P3 参照）に当てはまり、被保険者の心身の状態や住宅の状況等を総合的に判断し、必要と認められた場合に限り支給することができます。

事前協議をせずに工事を行った場合は、支給申請の受付はできませんのでご注意ください。

介護保険住宅改修は、介護保険居宅サービスの1つであり、担当の介護支援専門員や医療・保健・福祉関連専門職との連携を図り、福祉用具購入・貸与等のサービスを含めて検討しながら進める必要があります。

対象者及び要件

- 介護保険の要介護（支援）認定を受けている方。
- ※工事期間が要介護（要支援）認定の有効期間内であることが必要です。要介護（要支援）認定の申請中でも事前協議を行うことはできますが、事後の支給申請は認定結果が出た後でなければできません。また、非該当となった場合は支給対象となりませんので、改修費は全額自己負担となります。
- 介護保険被保険者証に記載されている住所に現に居住していること。転居前の住宅は支給対象となりません。転居後に実際に居住して改修が必要な箇所を確認したうえで事前協議をしてください。
- 入院・入所中の場合は、退院・退所の予定日が決まっている場合に限り、事前協議後に住宅改修を行い、退院・退所後に支給申請できます。退院・退所をしない場合は、支給申請できません。
- 新築・増改築（大規模なリフォーム、新たに居室を設ける場合等）は支給対象となりません。
- 老朽化や物理的・化学的な磨耗消耗したものは、支給対象となりません。
- 日常生活を営むのに必要な動線以外の趣味嗜好や仏壇へのお参り、庭のお手入れ、仕事、リハビリを目的とした改修は、支給対象となりません。
- 住宅改修を申請する前に、代替措置を検討してください。例えば階段に手すりを取り付けて2階に上がる理由が「荷物を取りに行く」「寝室がある」の場合は、荷物や寝室を1階に移動したほうがよりよい住環境となることがあります。

支給限度基準額

- 同一の住宅で20万円を上限とします。被保険者の負担割合は1割から3割となります。20万円を超える金額は全額自己負担となります。20万円以内であれば複数回に分けて利用することができます。
- ※住宅改修の履歴を確認してください。支給限度額の残高がわからない場合は、給付管理課までお問合せください。
- ※必ず負担割合証を確認してください。年度途中でも負担割合が変更になる場合がありますので、負担割合証の適用期間を確認してください。（領収日時点の負担割合）
- 【1割負担の方の場合の例】
初回到15万円の住宅改修を行った場合、被保険者の負担は1万5千円、保険給付は13万5千円、残額は5万円となります。同一の住宅で残り5万円の住宅改修費の支給が可能です。転居した場合は改めて20万円まで支給が可能となります。

○要介護度が以下の表のとおり3段階以上上がった場合（3段階リセット）、1回に限り改めて20万円まで支給が可能となります。

初回の住宅改修着工日の要介護状態区分	追加の住宅改修着工日の要介護状態区分
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

支給方法

○「償還払」と「受領委任払」のどちらかを選択します。

【償還払】

被保険者が工事費用を一旦全額（10割）負担し、後に市から被保険者の口座に当該住宅改修に要した費用の保険給付分（9割、8割または7割）を支給する制度です。

【受領委任払】

被保険者が自己負担額（1割、2割または3割）を支払い、残りの保険給付分（9割、8割または7割）については申請に基づき市より施工事業者を支払う制度です。

受領委任払の場合は、施工事業者が登録事業者であることが条件となります。

※登録事業者については、「東大阪市介護保険住宅改修登録事業者（事業所）名簿一覧」を確認してください。

※受領委任払の場合は登録事業者の同意が必要です。

※給付制限を受けている方については、受領委任払は適用できません。必ず介護保険被保険者証で給付制限の内容を確認してください。

介護保険住宅改修訪問調査

国の指針に基づき、住宅改修を希望する被保険者に対しリハビリテーション専門職による訪問調査等を行い、被保険者の身体状況及び施工計画を点検することにより、被保険者の心身の状況等に
応じた住宅改修の利用を促進するものです。

被保険者、理由書作成者、施工事業者の立会いのもとで訪問調査を実施しますので、ご協力ください。

窓口での事前協議・支給申請及び制度に関するお問い合わせや計画のための相談は、窓口受付時間内
にお願いします。（年末等は窓口受付日時が早まる場合がありますのでご注意ください。）

申請書等は東大阪市のウェブサイトよりダウンロードできます。

≪掲載場所≫

トップ→健康・医療・福祉→介護・高齢→介護保険→介護サービスの概要→利用できるサービス
→介護保険住宅改修費の支給

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

(1) 手すりの取付け

廊下、便所、浴室、玄関、玄関から道路までの通路等に転倒予防若しくは移動又は移乗動作に資することを目的として設置するもの。手すりの形状は、二段式、縦付け、横付け等適切なもの。なお、福祉用具貸与の「手すり」に該当するものは除かれる。

(2) 段差の解消

居室、廊下、便所、浴室、玄関等の各室間の床の段差及び玄関から道路までの通路等の段差又は傾斜を解消するための住宅改修をいい、具体的には、敷居を低くする工事、スロープを設置する工事、浴室の床のかさ上げ等が想定される。ただし、福祉用具貸与の「スロープ」又は福祉用具購入の「浴室内すのこ」を置くことによる段差の解消は除かれる。また、昇降機、リフト、段差解消機等動力により段差を解消する機器を設置する工事は除かれる。

(3) 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更

具体的には、居室においては畳敷から板製床材、ビニル系床材等への変更、浴室においては床材の滑りにくいものへの変更、通路面においては滑りにくい舗装材への変更等が想定される。

(4) 引き戸等への扉の取替え

開き戸を引き戸、折れ戸、アコーディオンカーテン等に取り替えるといった扉全体の取替えのほか、扉の撤去、ドアノブの変更、戸車の設置等も含まれる。ただし、引き戸等への扉の取替えにあわせて自動ドアとした場合は、自動ドアの動力部分の設置はこれに含まれず、動力部分の費用相当額は、法に基づく保険給付の対象とはならない。

(5) 洋式便器等への便器の取替え

和式便器から洋式便器へ取り替えや、既存の便器の位置や向きを変更する 경우가一般的に想定される。ただし、福祉用具購入の「腰掛便座」の設置等は除かれる。また、和式便器から、暖房便座、洗浄機能等が付加されている洋式便器への取替えは含まれるが、既に洋式便器である場合のこれらの機能等の付加は含まれない。さらに、非水洗和式便器から水洗洋式便器または簡易水洗洋式便器に取り替える場合は、当該工事のうち水洗化又は簡易水洗化の部分は含まれず、その費用相当額は法に基づく保険給付の対象とならない。

(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

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としては、それぞれ以下のものが考えられる。

①手すりの取付け

手すりの取付けのための壁の下地補強

②段差の解消

浴室の床の段差解消(浴室の床のかさ上げ)に伴う給排水設備工事、スロープの設置に伴う転落や脱輪防止を目的とする柵や立ち上がりの設置

③床又は通路面の材料の変更

床材の変更のための下地の補強や根太の補強又は通路面の材料の変更のための路盤の整備

④扉の取替え

扉の取替えに伴う壁又は柱の改修工事

⑤便器の取替え

便器の取替えに伴う給排水設備工事(水洗化又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

介護保険住宅改修費支給の手続き

【改修について介護支援専門員等に相談、施工事業者を選定】

介護支援専門員等に相談し、住宅改修の施工事業者とともに動作検証等を行い、改修計画を立てます。介護支援専門員等に理由書を作成してもらいます。

※複数の施工事業者から見積書を取り、比べてみましょう。



【事前協議】事前に市と住宅改修の内容について協議します。(P5 参照)

必要書類を窓口又は郵送で提出します。必要に応じて電話等で内容を確認します。

(必要書類)

- ・介護保険住宅改修事前協議書(様式第1)
- ・住宅改修事前協議回答連絡票
- ・住宅改修が必要な理由書(様式第2)
- ・住宅の所有者の承諾書(様式第3) ※所有者が被保険者本人またはその配偶者の場合は不要
- ・介護保険住宅改修施工計画書(様式第4)
- ・介護保険住宅改修見積書(様式第5)
- ・改修前の写真(日付の入ったもの)



【審査】審査には1週間程度かかります。

審査後、住宅改修事前協議回答連絡票にて着工可否の回答をします。

※必要に応じて、工事前に訪問調査を行います。



【改修工事着工】「着工可」の回答日以前に着工した場合は、給付対象外となります。



【支給申請】改修完了後、市に住宅改修費の支給申請をします。(P7参照)

必要書類を窓口又は郵送で提出します。必要に応じて電話等で内容を確認します。

(必要書類)

- ・(償還払の場合) 介護保険住宅改修費支給申請書(様式第6)
- ・(受領委任払の場合) 介護保険住宅改修費支給申請書(受領委任払用)(様式第9)
- ・領収証(原本)
- ・介護保険住宅改修工事費内訳書(様式第7)
- ・改修工事完成後の写真(日付の入ったもの)
- ・住宅改修事前協議回答連絡票(回答後)
- ・(変更した場合) 介護保険住宅改修工事の軽微な変更・一部取りやめ届出書(様式第8)
- ・(事前協議時に入院等をしていた場合) 住宅改修完了後動作確認報告書兼退院・退所報告書



【審査】提出書類を審査します。

※必要に応じて、工事後に訪問調査を行います。



【支給決定】支払日は、支給申請受付日の翌月末(銀行営業日)の予定です。

1. 事前協議

- ① 介護保険住宅改修事前協議書（様式第1） P 8 参照
- 「届出者」は、事前協議及び支給申請に関して第三者に委任する場合に記入してください。
 - 誤りや漏れがないように記入してください。
 - 「改修予定金額」には、見積書の総合計金額を記入します。
- ② 住宅改修事前協議回答連絡票 P 9 参照
- 回答連絡先及び方法（FAX または郵送）について記入してください。
 - 提出書類に修正等が必要な場合、連絡事項等に記載しますので、よく確認してください。
 - 工事の着工は「着工可」の回答日以降に行ってください。「着工可」の回答以前に工事をした場合は給付できません。
 - 回答が「調査」の場合、工事前に訪問調査を行います。
- ③ 住宅改修が必要な理由書（様式第2） P 10 参照
- 理由書は、住宅改修の必要性を示す非常に重要な書類です。そのため被保険者の心身の状況、介護状況、他のサービス利用状況等をよく理解した人が作成する必要があります。
 - 担当の介護支援専門員がいる場合または予定されている場合は、必ずその方が理由書を作成してください。
 - 担当の介護支援専門員がいない場合、居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員、地域包括支援センターの職員又は事前に市に理由書作成者として登録した者が理由書を作成できます。
 - ※理由書作成者として登録できる資格は、介護支援専門員、理学療法士、作業療法士、福祉住環境コーディネーター2級以上の者です。
 - P 1 の「住宅改修により利用者等は日常生活をどう変えたいか」については、P 2 に具体的に記入してください。
 - P 2 「活動」のその他の活動については、排泄・入浴・外出以外の動作を記入してください。（例）居室への移動で階段の昇降を行う など
- ④ 住宅の所有者の承諾書（様式第3） P 11 参照
- 所有者が被保険者本人又はその配偶者の場合は不要です。
- ⑤ 介護保険住宅改修施工計画書（様式第4） P 12 参照
- 別冊記入例を確認して作成してください。
 - 介護保険住宅改修施工計画書を表紙にし、図面を添付して提出することも可能です。
 - 改修後の計画図だけでは煩雑になって内容が理解しにくいときは、「改修前」と「改修後」に分けて図面を描いてください。
 - 高さ関係を表現するときに文字情報だけで表現しにくいときは、展開図（断面図）を描いてください。

⑥ 介護保険住宅改修費見積書（様式第5）事前協議

P 1 4参照

○申請者氏名はフルネームを明記し、介護保険住宅改修の種目に該当する工事は、限度額を超えた工事についても介護保険住宅改修費欄に記入してください。

○下記の内容に注意して作成してください。

- a) 見積書、施工計画書、写真に付ける番号は合わせてください。
- b) 改修箇所(部屋)別に改修項目・改修内容を記入してください。
- c) メーカー名・商品名・品番・サイズ等を記入してください。
- d) 材料費と施工費を適切に区分してください。

※工賃については、国土交通省が発表している労務単価を参考目安に、実際に必要な人工(半日単位)をかけた金額を施工費の上限とします。そのため、人件費にかかる部分とそれ以外の費用について分けてください。なお、技術料については、上限単価は技術をもった大工の報酬であり、上記単価で評価していると判断するため、別途の計上は認めません。

- e) 数量(面積・長さ・数等)を記入してください。数量は小数第2位までの表現を標準としてください。
- f) 単位を記入してください。数量のあるものは安易に一式表示しないでください。面積は、坪・帖等でなく「㎡」、長さは「m」で表示してください。
- g) 金額については、部屋ごとに小計を入れてください。「介護保険住宅改修費」と「対象に該当しない工事」を合わせた額となります。
- h) 算出根拠(定価・按分比率他)を記入してください。(市場において定価や標準価格がある商品・材料)

※手すり等は、セット価格のものはセット金額を記入してください。手すり(棒)をカットして使用する場合は、該当する長さのみが対象となります。その長さ(m)及び使用する部品(ブラケット等)の数量と単価を記入してください。

※諸経費は、直接の工事に対する諸費用として10%程度認めます。なお、諸経費として計上している金額の内訳について、見積書や内訳書に必ずしも明記する必要はありませんが、必要に応じて、内訳の詳細の明示を求める場合があります。

※支給対象となる付帯工事は必要最小限の範囲です。なお、支給対象外工事を併せて行う場合で、当該付帯工事が支給対象外工事にも付帯するものである場合、対象部分の抽出、按分等適切な方法により、支給対象となる費用の算出を求める場合があります。

※ユニットバス等については、該当する工事についてのみ対象としますので、按分してください。按分できない場合は支給対象外となります。(按分方法については別冊記入例の例7参照)

⑦ 改修前の写真(日付の入ったもの)

P 1 5参照

○カメラのデイ機能を使うか、ホワイトボードなどに日付(年号及び西暦の入ったもの)を書いて写し込む方法のいずれかで、必ず写真内で撮影日を確認できるようにしてください。

○明らかに場所が特定できる写真を用意してください。写真で場所を特定しにくい場合は、台紙に部屋名等を記入してください。

○段差解消については、メジャーを添えて寸法を判読できるように写してください。

○審査を円滑に運ぶために、写真は適当な台紙(A4サイズ参考書式あり)に貼って整理し提出してください。場所や内容が把握しにくい写真(小さい、暗い、近すぎる等)は再提出を求める場合がありますのでご注意ください。

○工事内容によっては、工事途中の写真を求めることがあります。

2. 支給申請

入院・入所中、要介護認定申請中は申請できません。支払日は、支給申請受付日の翌月末（銀行営業日）の予定です。

改修完了後は、速やかに支給申請を行ってください。「着工可」の回答日から2年以上経過しても支給申請が行われない場合、事前協議を取り下げたものとみなし、事前協議書類一式を廃棄します。

「着工可」の回答後、何らかの事情により着工日が大幅に延期になる等、状況が大きく変わった場合は、必ず市へ連絡してください。

① 介護保険住宅改修費支給申請書（様式第6）**償還払** P 16参照

①' 介護保険住宅改修費支給申請書（受領委任払用）（様式第9） P 17参照

○給付制限を受けている方については、受領委任払は適用できません。

② 領収証（原本）

○被保険者のフルネーム・領収日・住宅改修の工事と分かる記載をしてください。

○必ず原本を添付又は提示してください。受領委任払の場合、領収証には介護保険対象工事費用の自己負担額が確認できるように記入してください。

○自己負担額は1円未満を切り上げてください。

○日付に注意してください。工事完了日 ≤ 請求日 ≤ 領収日

○収入印紙が必要な金額の領収証には必ず収入印紙を貼付してください。

（額面5万円以上、例外あり）

③ 介護保険住宅改修工事費内訳書（様式第7）**事後申請** P 18参照

○記載方法は見積書（P6）と同じです。

④ 改修工事完成後の写真（日付の入ったもの） P 15参照

○注意事項は改修前の写真（P6）と同じです。撮影アングルは、改修前の写真と同様にしてください。

○改修の前後、改修した箇所が明確にわかる写真としてください。

⑤ 介護保険住宅改修工事の軽微な変更・一部取りやめ届出書（様式8） P 19参照

○軽微な変更や一部取りやめが発生した場合は、提出が必要です。

○事前協議後の工事内容の変更は原則認められませんが、施工上必要となった部材（補強板やブラケット等）の種類及び数量の変更に伴う工事金額の増額については、被保険者の了承が得られた場合のみ認めます。

○変更が生じる場合は、必ず事前に市に連絡したうえで工事を行ってください。

⑥ 住宅改修完了後動作確認報告書兼退院・退所報告書 P 20参照

○事前協議時に入院・入所等をしていた場合や市が報告を依頼した場合は、提出が必要です。

提出された申請書類等については、個人が特定されない範囲で、本市が行う研修会の資料等として利用させていただくことがありますので、ご了承ください。

申請書類について

申請書等は東大阪市のウェブサイトよりダウンロードできます。

① 介護保険住宅改修事前協議書（様式第1）

様式第1（第2条第1項関係）

介護保険住宅改修事前協議書

（宛先）東大阪市長

令和 年 月 日

住宅改修につき以下のとおり必要書類を添えて事前協議します。また、記載内容に虚偽がないことを誓約します。なお協議内容について、市（委託機関を含む）が住宅を訪問し、身体状況等を確認のうえ調査することに同意します。

また、介護保険住宅改修の事前協議及び支給申請に関することについて、下記の届出者に委任します。

（該当するものに☑）

申請者 (被保険者)	(住所) 東大阪市 (電話番号) - -	(被保険者番号) (氏名)
住宅の所有者	被保険者との関係 ()	
届出者 (被保険者でない場合)	(住所) 〒 - (所属事業所名称) (氏名) (電話番号) - -	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 施工事業者 <input type="checkbox"/> その他 ()
施工事業者名	<input type="checkbox"/> 同上	
改修内容・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"/> 滑り防止及び円滑化のための床又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	円	着工予定年月日 年 月 日
確認事項	要介護(要支援)認定 <input type="checkbox"/> 有(要支援 要介護)認定有効期間(年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 申請中(申請日)	
	担当(予定)計画作成者(ケアマネジャー等)の有無 <input type="checkbox"/> 有(事業所名) <input type="checkbox"/> 無 (氏名)	
	現在、入院または入所中である※退院・退所後でないとき支給申請はできません。 <input type="checkbox"/> はい(入院・入所先) 退院・退所予定日) <input type="checkbox"/> いいえ	
	改修実績 <input type="checkbox"/> 有(過去 回 残額 円) <input type="checkbox"/> 無	
	負担割合 割 支給予定区分 <input type="checkbox"/> 償還 <input type="checkbox"/> 受領委任 給付制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 住宅改修併用 <input type="checkbox"/> 有(No.) <input type="checkbox"/> 無	

市記載欄（以下は記載しないでください。）

受付番号

受付

協議結果 (いずれかに○)	着工可 ・ 着工不可 ・ 調査	確認のうえ、すべて記入
備考	(点検日 点検者)	
決裁	課長	総括 主幹
	主査	主任
	担当	起案日 年 月 日
		決裁日 年 月 日

② 介護保険住宅改修事前協議回答連絡票

工事の着工は「着工可」の回答日以降に行ってください。「着工可」の回答以前に工事をした場合、給付を行うことができません。回答が「調査」の場合、工事前に訪問調査を行います。

介護保険住宅改修事前協議回答連絡票

受付印

記入のうえ、申請書類に添付してください。
また、支給申請時にこの連絡票の写しを添付してください。

被保険者氏名	(被保険者番号：)	
回答連絡先 及び方法※	所属先 担当者氏名	回答連絡先及び方法について記入
	(被保険者との関係： <input type="checkbox"/> 施工事業者 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他)	
FAX (番号)		<input type="checkbox"/> 郵送

※電話での連絡は選択できません。

以下のとおり回答します。回答内容が「調査」の場合、後日調査日時等について連絡します。
協議回答内容・市記入欄 (以下記入不要)

理由書 所有者の承諾書 見積書 施工計画書 写真 その他 ()

提出書類	連絡日	連絡事項	✓
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

記入しないでください。後日市で記入します。連絡事項等については、確認のうえ必要な手続きをしてください。

回答内容	<input type="checkbox"/> 着工可 <input type="checkbox"/> 着工不可 <input type="checkbox"/> 調査 (No) <input type="checkbox"/> 保留
回答日	後日市で記入し回答します。 日
備考	

- ・回答内容の「着工可」については、改修内容を承諾するものであり、正式な給付決定を行うものではありません。
- ・工事の着工は「着工可」の回答日以降に行ってください。回答日以前に着工した場合は、給付対象外となります。
- ・必要に応じて資料の訂正・追加等を依頼することがあります。また、工事内容等に変更が生じた場合は、給付管理課までご連絡ください。

(問合せ先) 東大阪市福祉部高齢介護室給付管理課
Tel.06-4309-3186

受付番号	受付者

③ 住宅改修が必要な理由書（様式第2）

様式第2（第2条第1項関係）
住宅改修が必要な理由書（P1）

＜基本情報＞					該当するものに☑			
被保険者番号	被保険者氏名		現地確認日	年月日	作成日	年月日		
生年月日	明・大・昭・西暦	年 月 日	年齢	職				
要介護認定（該当に○）	要支援	要介護	新規申請中	改修回数	ケアプラン作成状況 有の場合（事業所名）			
改修住所	1・2	1・2・3・4・5	区分変更中	()回目	□有 □無 注）支援は包括名、介護は居宅名 包括の委託 □有 □無			
＜住宅改修へのリハビリテーション専門職の関与＞					作成者資格及び登録番号			
リハビリテーション専門職の所属事業所名					理由書作成登録者の場合のみ記載			
リハビリテーション専門職の資格					氏名			
リハビリテーション専門職の関与の方法					連絡先（電話番号）			
上記を実施した日付								
＜取組状況＞					①福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定			
①利用者の身体状況	住宅改修の計画にリハビリテーション専門職（理学療法士や作業療法士）が関与している場合は、記入				車いす	改修前	改修後	
②介護状況					○車いす	□	□	
③住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	現在受けている介護サービスを記入				○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	□	□				
		○自動排泄処理装置	□	□				
		○入浴補助用具	□	□				
		○簡易浴槽	□	□				
		○その他	□	□				

様式第2（第2条第1項関係）
住宅改修が必要な理由書（P2）

＜P1の「総合的状況」を踏まえて、①改善を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下さい。＞

活動	① 改善を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	③ 改修目的・期待効果をチェックした上で、改修番号とともに改修の方針（…することで…が改善できる）を記入してください	④ 改修項目（改修箇所）【番号】
1. トイレまでの移動			A. できなかったことをできるようにする	1. 手すりの取付け
2. トイレ出入口の出入（扉の開閉を含む）			B. 転倒等の防止、安全の確保	2. 段差の解消
3. 便器からの立ち座り・移乗			C. 動作の容易性の確保	3. 滑り防止等のための床材の変更
4. 衣服の着脱			D. 利用者の精神的負担や不安の軽減	4. 引き戸等への扉の取替え
5. 歩行時の姿勢保持			E. 介護者の負担の軽減	5. 便器の取替え
6. 歩行時			F. その他	
7. その他				
16. 出入口までの室内移動			A. できなかったことをできるようにする	
17. 上がりかまちの昇降			B. 転倒等の防止、安全の確保	
18. 車椅子等、装具の着脱			C. 動作の容易性の確保	
19. 塵物の着脱			D. 利用者の精神的負担や不安の軽減	
20. 出入口の出入（扉の開閉を含む）				

③文中に改修箇所の番号を記入
例 トイレまでの動線である廊下に横手すり①を取り付けることによって、…することができる。

①「改善をしようとしている生活動作」の番号を記入
③「改修の方針」のアルファベットを記入
④「改修項目」の番号を記入
「改修箇所」の部屋名を記入
改修番号を記入

(- -) () 【 】

④ 住宅の所有者の承諾書（様式第3）

住宅の所有者が記入
所有者が被保険者本人またはその配偶者の場合は不要

様式第3（第2条第1項関係）

住宅の所有者の承諾書

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

（被保険者）

住所 _____

氏名 _____ 様

（所有者）

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

私は、上記の者が介護保険法に基づく住宅改修を行うために、次の建物について住宅改修を行うことを承諾します。

記

建物の所在地 _____

建物の規模 _____ 造 _____ 階建 _____ m²

※建物所有者が法人の場合は、建物所有者の氏名の欄に法人名、代表者の役職名・氏名をご記入ください。

※建物所有者が法人の場合は、余白に「法人の担当者名」もご記入ください。

⑤介護保険住宅改修施工計画書（様式第4）

a) 改修内容がわかる適切な大きさと、施工計画図を表現してください。

推奨される縮尺・家全体の間取り図…1/50、1/100 ・改修する部屋のみ…1/20、1/30

b) 空間の把握と理由書や見積書との整合性を確認するために、寸法等を記入してください。

下記【b-1】【b-2】の記載例

様式第4（第2条第1項関係）

介護保険住宅改修施工計画書

被保険者氏名	
家屋：①持家(本人名義) ②持家(家族名義) ③借家	
形態：①戸建 ②集合(長屋または2階建て以下の建物) ③集合(3階建て以上の建物)	
改修項目：①手すりの取付け ②段差の解消 ③床材等の変更 ④扉の取替等 ⑤便器の取替等	
【改修箇所の平面図・間取り図・展開図など】	

改修前

改修後

① 滑り防止為の床材変更
② 木製踏み台 700×350 H150

b-1 面積に関するところは、部屋の寸法を記入してください。（段差の解消、滑り防止の仕上げ材の変更等）

b-2 適切な床等のレベル（高さ）を記入してください。（段差の解消、滑り防止の仕上げ材の変更等）

計画時、床等の高さが変わらない所を「基準点±0」と表現する。

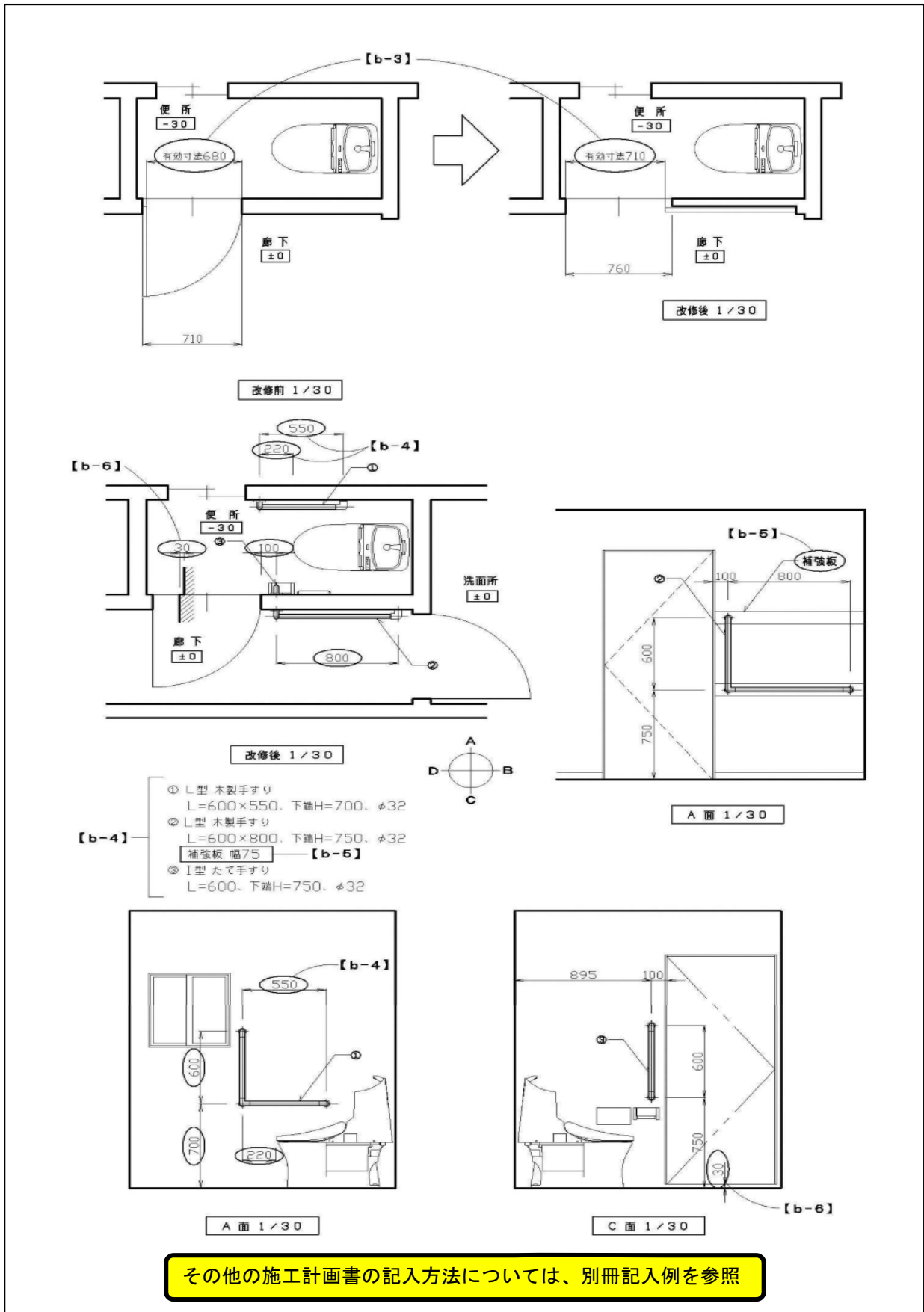
【b-3】【b-4】【b-5】【b-6】の記載例

b-3 建具の交換等は、有効開口寸法を記入してください。

b-4 手すりの取り付けでは、手すりの形状・長さ・太さ・取り付け位置を記入してください。

b-5 手すりの補強板等を使用する場合は、その旨を記入してください。

b-6 段差のある所を安全に移動するために、手すりを計画した場合は、段差を記入してください。



⑥介護保険住宅改修見積書（様式第5）

被保険者氏名
フルネームで記入

様式第5(第2条第1項関係)

事前協議

介護保険住宅改修見積書

作成年月日 令和 年 月 日

(申請者氏名) 様

施工事業者住所

施工事業者名

代表者氏名

電話番号

担当者名

総合計金額 円

上記の金額は消費税含む

番号 (※1)	改修箇所 (部屋名)	改修項目(※2)及び 改修内容(※3)	メーカー名・商品名・品番・サイズ	数量	単位	単価	金額(※4)	介護保険 住宅改修費	対象に該当 しない工事	算出根拠 (定価、按分比率他)
			M社・型ヨコ木製手摺・32φL-800(2箇所)							
			# 木製手摺・32φMWL-4000	0.80	m	2,000	1,600	1,600		定価10,000/4m
			# ブラケット横型・MWB32	2.00	ヶ	760	1,520	1,520		定価950
			# エンドキャップ・MWC32	2.00	ヶ	400	800	800		定価500
			同上取付費	1	式		3,000	3,000		
			# 木製手摺・32φMWL-4000	0.80	m	2,000	1,600	1,600		定価10,000/4m
			# ブラケット横型・MWB32	2.00	ヶ	760	1,520	1,520		定価950
			# エンドキャップ・MWC32	2.00	ヶ	400	800	800		定価500
			同上取付費	1	式		3,000	3,000		
		②段差解消踏み台	M社・木製・No.AAA・600×350×150	1.00	台	14,000	14,000	14,000		定価18,000
			同上取付費	1	式		3,000	3,000		
			玄関小計				30,840	30,840		
2	便所	①手摺取り付け	M社・L型・品番手摺32φ・木製800×700	1.00	セット	12,000	12,000	12,000		
			同上取付費	1	式		3,000	3,000		
			トイレ小計				15,000	15,000		
			小計				45,840	45,840		
			諸経費				4,500	4,500		
			合計				50,340	50,340		
			消費税				5,034	5,034		
			総合計				55,374	55,374		

m単位の切断可能商品は
ブラケット等も単体として
単価を記入

材料価格と施工費は分
けて記入

商品の定価等を記入

改修箇所ごとに小計を記入

上記「総合計金額」と一致

(※1) 番号：施工計画書、写真等と合わせてください。(※2) 改修項目：①手摺の取り付け ②床段差の解消 ③床材等の変更 ④
⑥その他前項各号の補充する工事として必要

その他の見積書の記入方法については、別冊記入例を参照

⑦写真

貼付用紙は任意です。改修内容の前後が分かるようにしてください。

年 月 日

写真添付用紙

申請者名:

改修内容		改修箇所		
1 手すりの取付	2 段差の解消	1 浴室	2 便所	3 玄関
3 滑り防止及び円滑化のための床又は通路面の材料の変更		4 廊下	5 居室	6 台所
4 引戸等への扉の取替え	5 洋式便器等への便器の取替え	7 階段	8 その他	()
改修前		改修後		
改修内容		改修箇所		
1 手すりの取付	2 段差の解消	1 浴室	2 便所	3 玄関
3 滑り防止及び円滑化のための床又は通路面の材料の変更		4 廊下	5 居室	6 台所
4 引戸等への扉の取替え	5 洋式便器等への便器の取替え	7 階段	8 その他	()
改修前		改修後		

※写真内で撮影日がわかるようにしてください。(但し、コンピューター処理での日付は不可)

⑧介護保険住宅改修費支給申請書（様式第6）償還払用

様式第6（第5条第1項関係）

介護保険住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号	272278			
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭・西暦		年	月	日		
住所	〒 -		電話番号 ()				
住宅の所有者	被保険者との関係 ()		負担割合	割			
改修の内容・箇所及び規模	施工事業者名						
	着工日		令和	年	月	日	
	完成日		令和	年	月	日	
	改修費用		円				
要介護度	要支援	要介護	退院・退所日 ※入院・入所等していた場合のみ	令和	年	月	日
認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日				
<p>(宛先) 東大阪市長</p> <p>上記のとおり住宅改修工事を完了しましたので、関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請します。なお、工事完了後にサービス担当者との動作確認を行い、生活が改善したことを報告します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 (相続人代表者 又は法定代理人)</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ()</p>							

自署で記入

注意・この申請書に、領収証(原本)、工事費内訳書、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。
住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。(口座名義人が被保険者本人でない場合は被保険者本人の委任状が必要となります。)

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	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				
	フリガナ						
	口座名義人						

下記欄は記入しないでください。

給付制限の有無	有・無	改修済額	円
工事内容	手すり・段差・床材・扉・便器		
備考			
データ入力	確認者	受付者	

受付印

⑨介護保険住宅改修費支給申請書（受領委任払用）（様式第9）

様式第9（第5条第2項関係）

介護保険住宅改修費支給申請書(受領委任払用)

フリガナ			保険者番号	272278			
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭・西暦		年	月	日		
住所	〒 -		電話番号 ()				
住宅の所有者	被保険者との関係 ()		負担割合	割			
総費用 (保険対象分)	円	自己負担分 (保険対象分)	円	保険請求額	円		
改修の内容・箇所及び規模	工事をを行った事業所、営業所等の名称を記入		施工事業者名				
			事業所登録番号				
			着工日	令和	年	月	日
			完成日	令和	年	月	日
要介護度	要支援	要介護	退院・退所日 ※入院・入所等していた場合のみ	令和	年	月	日
認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日				

(宛先) 東大阪市長

上記のとおり住宅改修工事を完了しましたので、関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請します。なお、工事完了後にサービス担当者と動作確認を行い、生活が改善したことを報告します。また、私が介護保険で給付を受ける住宅改修費の受領権を下記の登録事業者に委任します。

令和 年 月 日

自署で記入

住所 _____

被保険者
(相続人代表者
又は法定代理人)

氏名 _____ 電話番号 () _____

東大阪市から給付される上記被保険者に係る介護保険給付費の受領権限については、私が被保険者から委任を受け、受任するものとさせていただきます。

登録事業者(法人等)の所在地、名称、代表者の職名及び氏名を記入

登録事業者 所在地 _____
名称 _____
代表者氏名 _____
(※事業所、支店、営業所等は不可)

注意・この申請書に、領収証(原本)及び工事費内訳書、完成後の状態を確認できる書類等を添付してください。

下記欄は記入しないでください。

給付制限の有無	有・無	改修済額	円
工事内容	手すり・段差・床材・扉・便器		
備考			
データ入力	確認者	受付者	

受付印

⑪介護保険住宅改修工事の軽微な変更・一部取りやめ届出書（様式第8）

事前協議内容について、軽微な変更又は一部取りやめた場合に提出。

様式第8（第5条第1項関係）

介護保険住宅改修工事の軽微な変更・一部取りやめ届出書

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

被保険者番号 _____ 被保険者氏名 _____

介護保険住宅改修事前協議内容のうち、その一部について下記のとおり変更（または取りやめ）しましたので届出します。

番号	変更（取りやめ）内容	変更理由	変更した 図面・資料等

下記のいずれかにチェックし、金額の変更がある場合は以下に記載してください。

工事の軽微な変更に伴い、金額の変更はありません。

工事の軽微な変更に伴い、金額が変更になりましたので届出します。

変更前			変更後
番号	改修箇所・内容等	金額	金額
変更に伴う金額合計（消費税等間接費を含む）			

※ 注意

軽微でない変更の場合、事前協議のやり直し、または介護保険住宅改修給付対象として認められない場合がありますので、事前に相談してください。

⑫介護保険住宅改修完了後動作確認報告書兼退院・退所報告書

事前協議時に入院・入所等をしていた場合や市が報告を依頼した場合は、提出が必要。必要に応じて事前協議時に配布します。

令和 年 月 日

受付番号 _____

介護保険住宅改修完了後動作確認報告書

被保険者氏名
自署で記入

兼退院・退所報告書

被保険者 住 所 東大阪市 _____

氏 名 _____

下記のとおり、事前協議の内容にて介護保険住宅改修を完了し、居宅において動作確認を行った結果、生活が改善したことを下記のとおり報告します。なお、事前協議時に入院・入所等していた場合は、退院・退所し、改修後の居宅に居住していることを報告します。

記

1. 工事完了日 令和 年 月 日

2. ①工事完了後、動作を確認した担当介護支援専門員
(現在担当の介護支援専門員がない場合、理由書作成者が動作確認してください。)

担当介護支援専門員の氏名
自署で記入

所属事業所 _____

氏名 _____

②動作確認日 令和 年 月 日

以下は、事前協議時に入院・入所等していた場合のみ記入してください。

3. ①退院・退所日 令和 年 月 日

②入院・入所等していた病院・施設名 _____

⑬介護保険住宅改修費取下届

何らかの理由により、事前協議や支給申請を取り下げる場合に提出。

介護保険（福祉用具購入費・住宅改修費）取下届

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

届出者

住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 _____

該当する項目にチェックして下さい

被保険者との関係（被保険者でない場合） _____

令和 年 月 日に提出した

介護保険福祉用具購入費支給申請書

介護保険住宅改修費事前協議書

介護保険住宅改修費支給申請書

について、下記のとおり取り下げます。なお、既に給付費の支給を受けた場合は、その給付費について返還いたします。

記

1. 被保険者番号 _____

2. 被保険者氏名 _____

3. 住 所 _____

4. 取下げ理由