様式第６（第８条第２項関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № |  |  |

**事　業　概　要　書**

**太線枠内について記入または丸印をつけてください。細線枠内その他には記入しないでください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 過去に住宅改造助成を | ・　受けていない　　　・　受けている　　（　　　　　　）年前 |  |
| 介護保険による住宅改修 | ・　申請する （利用できる上限　￥　　　　　　　　　）  ・　申請しない（・過去に利用済み　　・介護認定対象外） | 書類の確認 |
| 日常生活用具による住宅改修 | ・　申請する （利用できる上限　￥　　　　　　　　　）  ・　申請しない（・過去に利用済み　　・対象外） | 書類の確認 |
| その他の補助制度利用 | ・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）　　　・　無 | 書類の確認 |
| 事前相談会にて相談 | ・　有　（令和　　　　年　　　　月　　　　日）　　　・　無 |  |

**住宅種別**　（　別居親族所有の場合は、「借家民営」と同等とします。　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 持家 | a）本人名義　　b）同居配偶者名義　　c）その他家族名義 | c　・　ｄ　・　e  承諾書の確認 |
| 借家 | d）公営等（　　　　　　　　）　　　　　e）民営 |

**世帯構成**（　同居世帯全員について記入してください。　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 障害者手帳の有無  及び　等級 | | | 住民税額確認欄  （記入しないで下さい） | |
|  | 対象者 | 年　　　　月　　　　日生 | 歳 | 有・無 | 身・知・精 |  |  | |
|  |  | 年　　　　月　　　　日生 | 歳 | 有・無 | 身・知・精 |  |  |  |
|  |  | 年　　　　月　　　　日生 | 歳 | 有・無 | 身・知・精 |  |
|  |  | 年　　　　月　　　　日生 | 歳 | 有・無 | 身・知・精 |  | 助成金の上限額 |
|  |  | 年　　　　月　　　　日生 | 歳 | 有・無 | 身・知・精 |  | ・　５０万円 |
|  |  | 年　　　　月　　　　日生 | 歳 | 有・無 | 身・知・精 |  | ・　３０万円 |
|  |  | 年　　　　月　　　　日生 | 歳 | 有・無 | 身・知・精 |  | ・　２０万円 |
| 以上　　　　　　　　　　人 | | 助成金制度利用の可否判定 | | 可　・　否 | | |  |

**住居の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 内容 | 確認欄 |
| 住宅の形式 | ・戸建て住宅　・共同住宅　　・長屋建て　　・その他（　　　　　　　　　　） |  |
| 構造 | ・木造　　・鉄骨造　　・鉄筋コンクリート造　　・その他（　　　　　　　　　　　） |  |
| 居住している階数 | ・平屋・2階建ての（　）階・その他（　）階建ての（　）階 |  |
| 規模 | ・部屋の数（　　　　）室　　・住居規模は概ね（　　　　　）㎡または（　　　　　）坪 |  |
| 築年数 | ・5年以内　　・6～10年　　・11～15年　　・16～20年　　・21年以上 |  |
| 居住歴 | ・5年以内　　・6～10年　　・11～15年　　・16～20年　　・21年以上 |  |
| 上記の特徴 | ＊改造計画に影響する、建物の特徴を書いてください。 |  |

※　下記は受付時確認しますので、記入しないでください。

**現場確認調査**（　住宅改造を必要とする対象者および関係者の立会いを求めます。　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 原則、木曜日午後　　　　　（　　　　　）月（　　　　　）日 | | |  |
| 立会い | ・本人　　　・家族  ・ケアマネージャー  ・施工業者  ・その他（　　　　　　　） | * 在宅しています * 不在です（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　） * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 日程調整  　　　月　　　日 |

１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № |  |  |

**住宅改造が必要な方の状況**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本表（様式第6の2頁・3頁）を記載した方の氏名　（　　　　　　　　　　　　　　　　）所属（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  職業　：　①ケアマネ　　②医療職（　　　　　　　）　③介護職(　　　　　　　)　　④その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | 確認欄 |
| 住宅改造が必要な方の氏名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | 年齢（　　　　）歳 | | | 性別：　男　・　女 |  |
| 要介護認定 | ・無　　　　・有　（　居宅介護支援事業者との契約：　　　・無　　　　・有　　　） | | | | | | | | | | |  |
| 要支援　・１　・２　　　管轄地域包括支援センター（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |  |
| 要介護　・１　・２　・３　・４　・５　居宅介護支援事業所（　　　　　　　　　　　　　　）担当（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |  |
| 障害支援区分 | １　・　２　・　３　・　４　・　５　・　６ | | | | | | | | | | |  |
| 障害者手帳 | ・無　　・有　（　・身　・知　・精　） | | | | | | | | 等級： | (身体障害の場合)障害名 |  |  |
| 主たる介助者 | ・同居家族　（　・配偶者　　・子　　・子の配偶者　・親　兄弟　） 　・その他（　　　　　　　　）　　・なし | | | | | | | | | | |  |
| 介助状況 | ・問題なし　　・問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |  |
| サービス  の利用状況 | 訪問サービス | | | | | ・無　　・有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |  |
| デイサービス | | | | | ・無　　・有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |  |
| その他 | | | | | ・無　　・有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |  |
| 福祉用具の利用 | | | ・　無　　　・有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |  |
| 在宅医療機器の利用 | | | ・ 無　　　・有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |  |
| **本人の心身の状況** | | | | | | | | | | | |  |
| 主な疾病や  症状 | |  | | | | | | | | | |  |
| 意思疎通能力 | | ・自己主張能力（　・有　　・不安定　　・無　）　　　・会話理解度（　・有　　・不安定　　・無　） | | | | | | | | | |  |
| 麻痺 | | ・無　　　・有　　[　・右上肢　・右下肢　・左上肢　・左下肢　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　）] | | | | | | | | | |  |
| 拘縮 | | ・無 　　・有　　[　・肩　　・肘　　・手　　・指　　･股　　・膝　　・足　　・その他（　　　　　　　　　　　　）] | | | | | | | | | |  |
| 歩行動作 | | 屋内 | | ・支障ない　　　・つたい歩き　　　・杖歩行　　　・座位移動　　　・寝たきり  ・歩行器の使用　　・車いすの使用　[　・自走　・介助　・電動　] ・その他（　　　　　　） | | | | | | | |  |
| 屋外 | | ・支障ない　　　・つたい歩き　　　・杖歩行　　　・座位移動  ・歩行器の使用　　・車いすの使用　[　・自走　・介助　・電動　] ・その他（　　　　　　） | | | | | | | |  |
| 姿勢保持 | | 座位保持 | | | | | ・自立　　・不安定　　・不可能　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| 両足での立位保持 | | | | | ・自立　　・不安定　　・不可能　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| 片足での立位保持 | | | | | ・自立　　・不安定　　・不可能　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| 移乗動作 | | ・自立　　　・不安定　　　・一部介助　　　・全介助　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |  |
| 立ち上り | | 床から | | | ・自立　　　・不安定　　　・一部介助　　　・全介助　　　・その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |  |
| 椅子から | | | ・自立　　　・不安定　　　・一部介助　　　・全介助　　　・その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |  |
| 手指機能 | | 右 | ・握力（　・有　　・弱　　・無　）　　　　　・指の巧緻性（　・有　　・弱　　・無　） | | | | | | | | |  |
| 左 | ・握力（　・有　　・弱　　・無　）　　　　　・指の巧緻性（　・有　　・弱　　・無　） | | | | | | | | |  |
| 視覚 | | ・正常（・右　　・左　）　・全盲（・右　　・左　）　・弱視（・右　　・左　）　　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |  |
| 聴覚 | | ・正常（・右　　・左　）　・難聴　（・右　　・左　）　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |  |
| その他の事項 | |  | | | | | | | | | |  |

|  |
| --- |
| **住宅改造により、本人の日常生活をどのように変えたいですか（本人が望んでいますか）** |
|  |

２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № |  |  |

**改造工事が必要な理由と期待する効果を記入してください。（Ⅱ・Ⅳは下記の記号を記入）**

**Ⅰ行為　 Ⅱ改善しようとしている動作 　Ⅲ具体的な困難な状況 　 Ⅳ改造目的･期待効果 　Ⅴ改造方針　 Ⅵ改造項目**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ⅰ**  行為 | **Ⅱ** | **Ⅲ**Ⅰの具体的な困難な状況  (‥なので‥で困ってぃる)を記入してください。 | | | | | **Ⅳ** | **Ⅴ**　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。 | | | 確認欄 | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  |  | | |  | |
| 【例】 | **Ⅱ　改善をしようとしている動作** | | | | | | **Ⅳ　改造目的･期待効果** | | | |  | | |  | |
| 外出  排泄  入浴  調理  洗面  移動 | ①屋内移動(便所・浴室内は除く)  ②屋外移動  ③便所内移動　　　　　　　　　　　　　　　④浴室内移動  ⑤出入ロの出入(扉の開閉含む）  ⑥上框(段差)等の昇降  ⑦階段の昇降 | | | ⑧姿勢保持  ⑨着座・立ち上り・移乗  ⑩衣服の着脱  ⑪履物等の着脱  ⑫浴槽の出入  ⑬排泄後の清拭・始末  ⑭その他 | | | Ａ　できなかったことをできるようにする  Ｂ　転倒等の防止､安全の確保  Ｃ　動作の容易性の確保  Ｄ　利用者の精神的負担や不安の軽減  Ｅ　介護者の負担の軽減  Ｆ　その他 | | | |
| **Ⅵ**　**改造項目(改造箇所)** | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |
| 手すりの設置 | | | 段差の解消 | | 扉等の変更 | 水廻りの変更 | | | ｽﾍﾟｰｽの確保 | その他 | |
|  | | |  | |  |  | | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | | |  |  | |

３