

# 高齢者住宅改修アドバイザー事業利用申請書

立川市長 殿

自立支援もしくは介護保険にかかる住宅改修を行う予定であるので、以下のことに同意のうえ、住宅改修アドバイザー事業の利用を申請します。

○申請者及び申請者の属する世帯の住民基本台帳、介護保険台帳、健康状態、住環境、所得状況等を公簿等により確認すること。

○申請内容を地域包括支援センター、担当の居宅介護支援事業所等に提供すること。

年 月 日

対象者署名

印

(親族署名または押印で代用可)

ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
対象者氏名			<input type="checkbox"/> 女	月日	. . 日生( 歳)
住所	立川市 町 丁目				
電話番号	( )	FAX・携帯	( )		
世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他( )				
介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) (認定日) . . (認定期間) . . ~ . .				
障害手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(身体・精神・愛の手帳) 種 級・障害名				
住居	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家(アパート、公営住宅も含む) <input type="checkbox"/> その他( )				
改修場所	<input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 玄関廊下 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> その他( )				
改修内容					
ケアマネジャー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	事業所名				
	担当者名		電話番号		
福祉用具 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 未検討 → 福祉用具の利用もご検討ください					
(浴室の改修を希望する場合)デイスサービス等の利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → サービスの利用もご検討ください					
改修理由					

## 上記利用対象者以外への連絡を希望する場合はご記入ください

訪問日の調整(下記・ケアマネ)  決定通知書の送付先(下記・ケアマネ)

(氏名) (続柄) (電話番号)

(住所)

..... 以下は記入しないでください .....

包括等受付印	課税状況(個人・世帯・非・生保・中・転入・未)					市・受付印
	介護保険(福祉用具・住宅改修 → 残額: 円)					
	障害の住宅改修(あり・なし)					
	過去の給付(なし・あり → 浴槽・トイレ・洗面台・生活の質)					
	包括等担当者	上記申請について ( 決定 ・ 却下 ) する				
		起案	. .	担当	係長	
	決定	. .				
	施行	. .				