介護保険住宅改修工事変更届

令和　　年　　月　　日

二本松市長　あて

（理由書作成者）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 氏　　名 |  |
| 連 絡 先 |  |

１　被保険者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏　名 |  |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | |

２　変更内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 改修内容 | 変更前 | | 変更後 | | 変更  目的 | 備考 |
| 内容 | 金額 | 内容 | 金額 |
|  |  | 円 |  | 円 |  |  |
|  |  | 円 |  | 円 |  |  |
| 改修費用総額 | 円 | | 円 | |  | |

　※「変更目的」欄には以下の項目から該当する番号を記入してください。

　　１　自立生活支援　　　２　動作の安定・安全の確保　　　３　動作の容易性

　　４　介護の容易性　　　５　用具使用　　　６　その他（具体的な目的を備考欄に記入）

３　変更の理由

|  |
| --- |
|  |

４　改修内容変更の確認と同意

|  |
| --- |
| 上記住宅改修の変更内容について説明を受け、了承しました。  令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　被保険者氏名（自署） |

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

【高齢福祉課確認欄　※この欄は記入しないでください。】

|  |
| --- |
| （変更の可否）　□　可　　　　□　否  （確　認　日）　令和　　年　　月　　日　　　（確認者）  （承　認　日）　令和　　年　　月　　日 |

介護保険住宅改修工事変更届

記入例

令和　　年　　月　　日

二本松市長　あて

（理由書作成者）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 氏　　名 |  |
| 連 絡 先 |  |

１　被保険者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏　名 |  |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | |

２　変更内容

手すり取付

(玄関ポーチ)

手すり取付

(玄関)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 改修内容 | 変更前 | | 変更後 | | 変更  目的 | 備考 |
| 内容 | 金額 | 内容 | 金額 |
|  | 8,000  横手すり | 円 | Ｌ型手すり | 円  12,000 | 2 |  |
|  | 支柱3本 | 円  6,000 | 支柱2本 | 円  4,000 | 6 | 費用逓減 |
| 改修費用総額 | 円  35,000 | | 円  37,000 | |  | |

　※「変更目的」欄には以下の項目から該当する番号を記入してください。

　　１　自立生活支援　　　２　動作の安定・安全の確保　　　３　動作の容易性

　　４　介護の容易性　　　５　用具使用　　　６　その他（具体的な目的を備考欄に記入）

変更箇所以外も含めた、今回の住宅改修に要する費用の総額を記載してください。

３　変更の理由

|  |
| --- |
| 被保険者の身体状況・生活動作にかかわる変更の場合、それらを踏まえた変更の理由を記載してください。  手すり取付(玄関)…○○という動作を想定していたが、本人の身体状況が△△であるため、□□という動作のほうがより動作が安定するため、L型手すりに変更することが望ましいと考える。  手すり取付(玄関ポーチ)…現地が○○の状態であり、支柱を減らしても支持力・耐久力に問題ないことが確認されたため、支柱の本数を減らしたい。 |

４　改修内容変更の確認と同意

|  |
| --- |
| 上記住宅改修の変更内容について説明を受け、了承しました。  令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　被保険者氏名（自署） |

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

【高齢福祉課確認欄　※この欄は記入しないでください。】

|  |
| --- |
| （変更の可否）　□　可　　　　□　否  （確　認　日）　令和　　年　　月　　日　　　（確認者）  （承　認　日）　令和　　年　　月　　日 |