

—令和5年4月作成—

ケアマネジャーの手引き

(令和5年度版)



勝山市健康体育課介護福祉係

問合せ先: 0779 - 87 - 0888

目 次

| | |
|--------------------------|----------|
| (介護保険関係) | |
| 1. 居宅介護・介護予防 住宅改修費支給申請 | ・・・ 1 ～ |
| 2. 居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請 | ・・・ 11 ～ |
| 3. 介護保険負担限度額認定申請 | ・・・ 15 ～ |
| 4. 訪問介護利用者負担額減免申請 | ・・・ 18 ～ |
| 5. すこやか介護用品(紙おむつ)支給事業 | ・・・ 20 ～ |
| (高齢者の福祉関係) | |
| 6. 高齢者移送サービス事業 | ・・・ 24 ～ |
| 7. 住まい環境整備支援事業 | ・・・ 27 ～ |
| 8. 軽度生活援助事業(除雪) | ・・・ 29 ～ |
| 9. ほっとひといき支援事業 | ・・・ 31 ～ |

居宅介護・介護予防 住宅改修費支給申請

概 要

在宅で生活することを目的に住宅改修をした場合、いったんは本人が費用を負担するが、給付対象額の7～9割が償還払いで支給される。受領委任払での申請の場合は、1～3割を負担となる。利用できる上限額は基本一生で20万円。工事前に必ず事前申請が必要。

- (1) 手すり設置、(2) 段差解消、(3) 滑り防止の床材変更、
- (4) 引き戸への扉取替え、(5) 洋式便器へ取替え、(6) 付帯工事

対 象 者

勝山市の被保険者で要支援1・2、要介護1～5の方
被保険者が居住する勝山市内の住宅（住所の所在地の住宅）

提出書類等（償還払）

【事前申請】

- ・居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書
- ①住宅改修が必要な理由書
- ②工事見積書及びカタログの写し
- ③住宅改修箇所見取り図（平面図、立面図）
- ④完成予定の状態を確認できる書類等
箇所ごとの改修前写真（撮影日がわかるもの）
- ⑤住宅の所有者の承諾書（被保険者と住宅の所有者が異なる場合）

内容の審査 教示書を添付して返却
～ 着工・完成 ～

【支給申請】 上記の書類と併せて提出

- ⑥完成後の状態を確認できる書類等
箇所ごとの改修後のそれぞれの写真（撮影日がわかるもの）
必要に応じて図面等を併せて提出
- ⑦領収書（工事内訳が確認できるものであること、工事内訳書として別添でも可）
- ⑧教示書の写し
- ⑨請求書（金額・日付は空白、振込先は申請者と一致）、通帳の写し（省略可）

提出書類等（受領委任払）

※市に登録している事業者のみ可能

【事前申請】

- 居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前申請書（受領委任払用）
- ①住宅改修が必要な理由書
- ②工事見積書及びカタログの写し
- ③住宅改修箇所見取り図（平面図、立面図）
- ④完成予定の状態を確認できる書類等
 箇所ごとの改修前写真（撮影日がわかるもの）
- ⑤住宅の所有者の承諾書（被保険者と住宅の所有者が異なる場合）

内容の審査 住宅改修費受領委任払承認通知書を発行
（申請書は返却しない）

～ 着工・完成 ～

【支給申請】

- 居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払用）
- ①完成後の状態を確認できる書類等
 箇所ごとの改修後のそれぞれの写真（撮影日がわかるもの）
 必要に応じて図面等を併せて提出
- ②工事内訳書
- ③領収書（被保険者が支払った自己負担分）
- ④承認通知書の写し
- ⑤請求書（登録事業者が直接市へ提出しても可）

申請から決定までの流れ

事前申請 → 審査・教示書発行又は承認通知書（着工許可） → 着工 → 工事完了
支給申請 → 審査・決定（申請月） → 事業者へ給付費の振込（申請月の翌月）

様式等

勝山市のホームページからダウンロードできるので、利用してください。
登録事業者もホームページに掲載しています。

Q&A

支給限度基準額について

要介護状態区分にかかわらず、20万円までの住宅改修について7～9割（1円未満切り捨て）を支給する

支給限度基準額（20万円）内であれば、複数回の改修工事も対象とする

要介護状態区分が3段階以上上がった場合は再度20万円まで住宅改修の対象とすることができる

| 要支援1 | 要支援2 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|--------------|------|------|------|------|
| → | | | → | | |
| | → | | | → | |
| | | → | | | → |

ただしこの3段階とは、着工日の要介護状態区分を比較するものであり、その他の要介護状態区分の履歴は考慮しない

被保険者が転居した場合は、転居前の住宅改修の支給状況のいかんにかかわらず、転居後の住宅について20万円まで支給する

住宅改修費の支給が適当でない場合の例

- 住宅改修の種類に該当しない
- 支給対象者及び対象住宅に該当しない
- 事前申請を経ずに着工した改修
- 提出書類の不備
- 被保険者が入院・入所中である場合（退院・退所が見込まれる場合を除く）
- 被保険者の生活状況に合致しない改修
- 住宅の新築は、住宅改修とは認められないので該当しない。
また、増築の場合は、新たに居室を設ける場合等は該当しない。

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（償還払用）

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|--|----|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 保険者番号 | | | | | | | 1 | 8 | 2 | 0 | 6 | 3 |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 生 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | (〒 -) 電話番号 - | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係 () | | | | | | | | | | | | |
| 改修の内容・ 箇所及び規模 | 業者名 | | | | | | | | | | | | |
| | 着工日 | | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| | 完成日 | | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| 改修費用 | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 勝山市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 - 氏名 | | | | | | | | | | | | | |

※ この申請書に、次の書類を添付してください。

- ①介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、②見積書及びカタログ等の写し
- ③住宅改修箇所見取り図（平面図、立面図）④完成前の状態が確認できる写真（日付入り）
- ⑤住宅所有者の承諾書（住宅の所有者が被保険者以外の場合）
- ⑥完成後の状態が確認できる写真（日付入り）⑦領収書（内訳の分かるもの）⑧教示書の写し
- ⑨請求書

居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------------|-------------------|-------|---------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座振込 依頼欄 | 銀 行 金 庫 農 協 | 本 店 支 店 支 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 | | | | | | | |
| | | | | | 3 その他 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|----------|---------------------------------|---------|-----------|----------|--|--------|
| 申請時確認 | 高齢者等改造補助 | 市 担 当 者 記 入 欄 | 着工日の介護度 | 限度額管理確認処理 | | | 支給決定内容 |
| | 併用有・無 | | 要支援 | 給付済額 | 転居リセット有 | | 対象額 円 |
| | 事前申請 | | | 有・無 | | | |
| | | | 要介護 | 年 月までに | 3段階リセット有 | | 支給額 円 |
| | | 円支給 | → | | | | |

居宅介護（介護予防）住宅改修費支給事前申請書（受領委任払用）

| | | | | | | | | | |
|--|---------------|--------|----|------|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 保険者番号 | | 1 | 8 | 2 | 0 | 6 | 3 |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 生 | | | | | | | | |
| 住所 | (〒 -) | | | 電話番号 | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係 () | | | | | | | | |
| 改修の内容・ 箇所及び規模 | 施工業者名 | | | | | | | | |
| | 着工予定日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 完成予定日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 改修予定費用 | 円 | | | | | | | | |
| <p>勝山市長 様</p> <p>勝山市介護保険住宅改修費受領委任払実施要綱に基づき、住宅改修の受領委任払の承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、この申請に基づく住宅改修費の受領に関する権限を次の者に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 -</p> <p>(委任者) 氏名</p> | | | | | | | | | |

住宅改修費受領委任払登録事業者記載欄

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 上記住宅改修について、勝山市介護保険住宅改修費受領委任払実施要綱に基づき申し込みを承諾しました。 | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | |
| (受任者) 事業者名 | | | | | | | | | |
| 代表者名 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | |

※ この申請書に次の書類を添付してください。

- ①住宅改修が必要な理由書
- ②見積書及びカタログ等の写し
- ③住宅改修前の状態が確認できる写真（日付入り）
- ④住宅改修箇所見取り図（平面図、立面図等）
- ⑤住宅所有者の承諾書（住宅の所有者が被保険者以外の場合）

居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払用）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|--------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | 1 | 8 | 2 | 0 | 6 | 3 |
| | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 生 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | (〒 -) 電話番号 - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係 () | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修の内容・ 箇所及び規模 | 施工業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 着工日 | | 令 | 和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | |
| | 完成日 | | 令 | 和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>勝山市長 様</p> <p>勝山市介護保険住宅改修費受領委任払実施要綱に基づき、住宅改修費の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 -</p> <p>氏名</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ この申請書に次の書類を添付してください。

- ①住宅改修後の状態が確認できる写真（日付の入ったもの）
- ②住宅改修の工事内訳書
- ③要介護者被保険者等が支払った自己負担分の領収証
- ④介護保険住宅改修費受領委任払承認通知書（様式第 8 号）の写し
- ⑤請求書（様式第 12 号）

住宅改修が必要な理由書

(P1)

| | | | | | | |
|------------|------------|-----------------|----------------|-----------|----|-------|
| 被保険者 番号 | 年齢 | 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 年月日 | 性別 | □男 □女 |
| 利用者 | 被保険者 氏名 | 要介護認定 (該当に○) | 要支援 | 要介護 | | |
| | | 1・2 | 1・2 | 1・2・3・4・5 | | |
| 住所 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----|-------|----|------------------------|---|---|-----|----|---|---|---|
| 作成者 | 現地確認日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 作成日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 所属事業所 | 資格 | (作成者が介護支援 専門員でないとき) | | | | | | | |
| | | 氏名 | | | | | | | | |
| | 連絡先 | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------|-----|----|---|---|---|-------------|
| 保 険 者 | 確認日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 評 価 欄 |
| | 氏名 | | | | | |

<基本情報>

| 利用者の身体状況 | 福祉用具の利用状況と | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 住宅改修後の想定 | 改修前 | |
| 介護状況 | ●車いす | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ●特殊寝台 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| | ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

住宅改修が必要な理由書

(P2)

＜P1の「総合的状况」を踏まえて、①改修をしようとしている生活動作 ②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改修項目を具体的に記入してください。＞

| 活動 | ①改修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) |
|--------|---|--|---|---------------|
| 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他() | □できなかつたことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け () () () () () <input type="checkbox"/> 段差の解消 () () () <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え () () <input type="checkbox"/> 便器の取替え () () <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 () () <input type="checkbox"/> その他 () () () | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他() | □できなかつたことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 外出 | <input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他() | □できなかつたことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| その他の活動 | | □できなかつたことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | | |

令和 年 月 日

住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住 所 _____

氏 名 _____

私は、所有する住宅に、 _____ が
別紙「介護保険住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行うことを承諾します。

請 求 書

金 _____ 円

ただし、令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 第 ____ 号で交付決定のあった

- 居宅介護福祉用具購入費の負担金・介護予防福祉用具購入費の負担金
- 居宅介護住宅改修費の負担金・介護予防住宅改修費の負担金
- 住まい環境整備支援事業住宅改造費の扶助費

として上記の金額を請求します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
勝山市長 水上実喜夫 殿

| | |
|----|---------|
| 住所 | 〒 _____ |
| 氏名 | _____ |

振込先

| | | | |
|------|-----------|--------------|---------|
| 金融機関 | 銀行・金庫・J A | | 本・支店・支所 |
| 口座番号 | 普・当 No. | フリガナ 口座名義 | |



居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請

概 要

排泄や入浴など、レンタルがふさわしくない用具を購入する場合、いったんは本人が費用を負担するが、給付対象額の7～9割が償還払いで支給される。受領委任払での申請の場合は、1～3割を負担となる。利用できる上限額は1年間につき10万円。

- (1) 腰掛便座、(2) 入浴補助用具、(3) 自動排泄処理装置の交換可能部品
- (4) 簡易浴槽、(5) 移動用リフトのつり具の部分

対 象 者

勝山市の被保険者で要支援1・2、要介護1～5の方

提出書類等（償還払）

- ①居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
（振込先金の確認（できれば通帳のコピーを添付）、申請者と一致）
- ②福祉用具を購入した領収書
- ③カタログ等のコピー（種目、商品名、製造事業者）
- ④居宅介護・介護予防支援計画書または福祉用具を必要とする理由書（検収署名）
- ⑤請求書（金額・日付は空白、振込先は申請書と一致）

提出書類等（受領委任払）

- ・居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）
- ①領収書（被保険者が支払った自己負担分）
- ②カタログ等のコピー（種目、商品名、製造事業者）
- ③居宅介護・介護予防支援計画書または福祉用具を必要とする理由書（検収署名）
- ④請求書（登録事業者が直接市へ提出しても可）

申請から決定までの流れ

購入 → 申請 → 審査・決定（申請月） → 給付費の振込（申請月の翌月）

様 式 等

勝山市のホームページからダウンロードできるので、利用してください。
登録事業者もホームページに掲載しています。

Q&A

介護保険施設、グループホーム、特定施設入居者生活介護適用施設（地域密着型含む）に入所・入居の場合、支給対象とはならない

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書 (償還払用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------|--------|--|--|--|--|----------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | 保険者番号 | | | | | 1 | 8 | 2 | 0 | 6 | 3 | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | (〒 -) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目名及び商品名) | 製造事業者名及び 販売事業者名 | | 購入金額 | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | |
| | | | 円 | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | | 円 | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | | 円 | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | <input type="checkbox"/> 居宅介護 (介護予防) サービス計画書 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入が必要な理由書 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勝山市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 <div style="text-align: right;">電話番号</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

・理由は、サービス計画書又は理由書のいずれかを添付してください。

居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------|--|----------------|--|--------|--|------|--|--|--|--|--|
| 口座振替 依頼欄 | 銀行 金庫 農協 | | 本店 支店 支所 | | 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 | | | | | | | |
| | | | | | 3 その他 | | | | | | | |
| フリガナ 口座名義人 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|------|------|------------|----|--|
| 市確認欄 | 状態区分 | 要支援 要介護 | 備考 | |
|------|------|------------|----|--|

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|---|---|----|-------------------|---------|--|--|----------|---|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 保険者番号 1 8 2 0 6 3 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 住 所 | (〒 -) | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目名及び商品名) | 製造事業者名及び 販売事業者名 | | | | 購入金額 自己負担額(1割) | | | | 購入日 | | | |
| | | | | | 円 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| | | | | | 円 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| | | | | | 円 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| | | | | | 円 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| 購入金額合計 | | 円 | | | | 自己負担額合計 | | | | 円 | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | <input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）サービス計画書 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入が必要な理由書 | | | | | | | | | | |
| 勝山市長 様 勝山市介護保険福祉用具購入費受領委任払実施要綱に基づき、福祉用具購入の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 また、この申請に基づく福祉用具購入の受領に関する権限を次の者に委任します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 受任者 販売事業者 代 表 者 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | |

※ この申請書に、次の書類を添付して下さい。

- ①要介護被保険者等が支払った自己負担分の領収証 ②当該当福祉用具のカタログ等の写し
- ③福祉用具購入を必要とする理由書又は居宅介護（介護予防）サービス計画書 ④請求書（様式第7号）

※ 自己負担額（1割、2割または3割）の計算は、1品目ごとに1円未満の端数があるときは、切り上げるものとする。

福祉用具を必要とする理由書

| | |
|--------|--|
| 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | |

| 種 | 目 | 申請に係る状況 | 当該特定福祉用具を必要とする理由 |
|---|---|------------------|------------------|
| 1 | 腰掛便座 | ①年度内新規購入 | |
| | | ②破損 | |
| | | ③要介護状態等の変化 | |
| | | ④その他特別の事情 () | |
| | | | |
| 2 | 特殊尿器 | ①年度内新規購入 | |
| | | ②破損 | |
| | | ③要介護状態等の変化 | |
| | | ④その他特別の事情 () | |
| | | | |
| 3 | 入浴補助用具 (1)入浴用いす (2)浴槽用手すり (3)浴槽内いす (4)入浴台 (5)浴室内すのこ (6)浴槽内すのこ | ①年度内新規購入 | |
| | | ②破損 | |
| | | ③要介護状態等の変化 | |
| | | ④その他特別の事情 () | |
| | | | |
| | | | |
| 4 | 簡易浴槽 | ①年度内新規購入 | |
| | | ②破損 | |
| | | ③要介護状態等の変化 | |
| | | ④その他特別の事情 () | |
| | | | |
| 5 | 移動用リフトの つり具の部分 | ①年度内新規購入 | |
| | | ②破損 | |
| | | ③要介護状態等の変化 | |
| | | ④その他特別の事情 () | |
| | | | |

※ 該当種目、状況に○をつけること。

理由申立人氏名 _____

申立人住所または所属居宅
介護支援事業所等名称 _____

被保険者との関係 担当介護支援専門員・地域包括支援センター職員・福祉用具相談員
その他()

年 月 日に特定福祉用具購入の検収済 氏名 _____

特定入居者介護サービス費（負担限度額認定申請）

概 要

市町村民税世帯非課税等の低所得者について、施設サービス・短期入所サービスの食費・居住費（滞在費）負担に限度額が設定され、限度額を超える分は特定入所者介護（介護予防）サービス費として現物給付されます。

令和3年8月1日から利用者負担段階第3段階が細分化され、食費・居住費等の基準費用額や預貯金の基準が変わりました。

対 象 者

勝山市の被保険者で、市町村民税世帯非課税等の利用者負担第1・第2・第3段階のいずれかに該当し、配偶者と合わせて一定以上の資産がないと認められるかた。

提出書類等

負担限度額認定申請書、その他添付書類

申請から決定までの流れ

申請 → 審査・決定（申請月の1日から適用） → 認定証の交付

Q&A

認定期間

通常の認定期間は、8月1日から翌年の7月31日まで。認定期間の途中で申請した場合は、申請した月の1日から直近の7月31日まで。

参考資料

介護保険負担限度額認定申請に必要なもの

介護保健施設の食費・居住費の減額の申請をされる場合は下記のものをご用意ください。

| | 必要なもの | 必要な方 | 備考 |
|---|---------------|--|------------------------------|
| 1 | 介護保険被保険者証 | <input type="checkbox"/> 施設を利用される方 | |
| 2 | 預金通帳、有価証券等の写し | <input type="checkbox"/> 施設を利用される方 <input type="checkbox"/> 配偶者 | 預金通帳は最近の残高が分かるように記帳してお持ちください |
| 3 | マイナンバーのわかる書類 | <input type="checkbox"/> 施設を利用される方 <input type="checkbox"/> 配偶者 | マイナンバーカード、通知カードなど |
| 4 | 受給年金の分かる書類 | <input type="checkbox"/> 施設を利用される方 <input type="checkbox"/> 配偶者 | 年金証書、年金振込通知書(圧着はがき)など |
| 5 | 本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 窓口に来られる方 | 運転免許証など |

【問合せ】 健康体育課介護福祉係 87-0888

(表 面)
介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

勝山市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

| | |
|----------------------------|--|
| フリガナ 被 保 険 者 氏 名 | 被保険者番号 |
| | 個人番号 |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 住 所 | 電話番号 — — |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称 | |
| 入所（院）年月日 | 昭・平・令 年 月 日 <small>(※) 介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。</small> |

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|---|-----------------|
| 配偶者の有無 | 有 ・ 無 | 左記において、「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記載不要です。 | |
| 配 偶 者 に 関 する 事 項 | フリガナ 氏 名 | 被保険者番 | 個人番号 |
| | 生 年 月 日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 | |
| | 現 住 所 | 電話番号 — — | |
| | 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合のみ記載） | | |
| | 課 税 状 況 | 市町村民税 課税 ・ 非課税 | |

| | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--|--|---|------------------------|---|
| 収 入 等 に 関 する 申 告 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | 受給している全ての年金保険者に○をして下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額※と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○をしてください） <small>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ</small> | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額※と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。（受給している年金に○をしてください） | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額※と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○をしてください） | | | | |
| 預 貯 金 等 に 関 する 申 告 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計額が一定額以下です。 | | | | |
| | | 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり（下欄に記入してください。） | | | | |
| | 預貯金額 | 円 | 有価証券 (評価概算額) | 円 | その他 () ※ (現金・負債を含) | 円 |

※合計所得金額とは税法上の合計所得金額から長期譲所得・短期譲渡所得の特別控除額、公的年金等に係る雑所得を控除した金額です。合計所得金額に給与所得が含まれている場合は、所得金額調整控除適用後の合計所得から最大10万円控除した金額を用いています。

| | |
|----------------|--------------------------|
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・携帯） — — |
| 申請者住所 〒 | 被保険者との関係 |

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- (5) この申請書（表面）と申請に係る同意書等（裏面）について、**被保険者1名につき、両面印刷（1枚）にてご提出下さい。**

(裏面)

同意書

勝山市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況、年金受給状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また勝山市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

勝山市記入欄

| 交付年月日 | 備考 | | | |
|-------------|---------------|------------------------------------|----------|----------------|
| 年 月 日 | (所得分布の状況等を記入) | | | |
| | 生保 | | 老福 | 利用者負担段階 |
| 適用年月日 | □入力済 | | | |
| 年 月 日 から | 本人について | | 配偶者について | |
| | 合計所得金額 | 円 | 合計所得金額 | 円 |
| | 課税年金収入額 | 円 | 課税年金収入額 | 円 |
| | 非課税年金収入額 | 円 | 非課税年金収入額 | 円 |
| 有効期限 | 預貯金等について | 限度額以下 ・ 超過 | 預貯金等について | 限度額以下 ・ 超過 |
| 年 月 日 まで | 郵送希望先 | □ 本人 □ 申請者 □ 介護保険施設 □ 居宅介護支援事業所 | 交付 | □ 窓口渡し □ 郵送 |

窓口確認欄

番号確認

個人番号カード 通知カード 住民票の写し
その他 ()

代理権確認 ※本人および同居の親族の申請の場合不要

法定代理人 戸籍謄本 資格証明
その他 ()

委任代理人 委任状
官公庁から本人に発行された書類

本人確認 (□代理人)

1点 個人番号カード 運転免許証 障害者手帳 (身・精・療)
パスポート 介護支援専門員証
その他 ()

2点 介護保険証 負担割合証 健康保険証 高齢受給者証
年金手帳 年金証書
その他 ()

訪問介護利用者負担額減免申請

概 要

要介護・要支援の認定を受けている低所得者について、訪問介護サービスにかかる利用者負担額の3割相当を軽減します。

対 象 者

勝山市の被保険者で、要介護・要支援認定を受けており、介護保険料の所得段階が第1段階（世帯全員が市民税非課税で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下のかた等）であるかた。

提出書類等

介護保険利用者負担減額・免除申請書（別紙）

申請から決定までの流れ

申請 → 審査・決定（申請月の1日から適用） → 認定証の交付

Q&A

認定期間

通常の認定期間は、7月1日から翌年の6月30日まで。認定期間の途中で申請した場合は、申請した月の1日から直近の6月30日まで。

介護保険訪問介護等利用者負担額減額申請書

| | | | |
|---|--------------|----------------|--------|
| フリガナ | | 保険者番号 | 182063 |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| | | | |
| 生年月日 | | | |
| 住所 | 〒911- 勝山市 | | 電話番号 |
| | | | |
| 利用者負担額減額申請理由 | 低所得のため | | |
| <p>勝山市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p> | | | |
| | | 居宅介護 支援事業所名 | |

勝山市記入欄

| | | | | | |
|-------------|---------------|----------------|----|----|---------|
| 交付年月日 | 備 考 | | | | |
| 年 月 日 | (所得分布の状況等を記入) | | | | |
| 適用年月日 | 生保 | | 老福 | | 利用者負担段階 |
| 年 月 日 から | 合計所得金額 | | 円 | 交付 | □窓口 □郵送 |
| 有効期限 | 課税年金収入額 | | 円 | | |
| | 合計 | | 円 | | |
| 年 月 日 まで | 郵送希望先 | □本人 □居宅介護支援事業所 | | | |

介護用品（紙おむつ）支給及び斡旋事業申請

概 要

在宅の高齢者に紙おむつを支給及び斡旋することにより、介護者の労力及び経済的負担を軽減する。

(1) 支給限度枚数

要介護1～3▶120枚 要介護4, 5▶180枚

※1ヶ月あたりの限度枚数。超えた場合は、自己負担。

(2) 支給限度額および自己負担額

対象者は下記の基準で支給し、支給限度額を超えた分は全額自己負担。支給対象外の方は全額自己負担で、配達のみ行う。

| 所得段階 | 支給限度額 | 自己負担割合 |
|--|--------|---------|
| 市民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者、または生活保護受給者 | 5,000円 | なし |
| 市民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下のかた | | |
| 市民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超えるかた | | |
| 本人は市民税非課税であるが、同一世帯に市民税課税対象者がいるかた | 3,000円 | 1割 |
| 本人が市民税課税であるかた | — | 全額自己負担※ |

※経過措置として、令和3年3月31日時点で当該事業を利用しており、本人が市民税課税の方は、支給限度額3,000円かつ自己負担割合1/3で支給する。

(3) 紙おむつの配達

毎月20日頃に利用者宅に配達される。業者から紙おむつを受け取った際に、代金を支払い受領印又はサインをする。

(4) 変更、再開、休止の連絡

変更・再開▶紙おむつの種類、数量を変更する場合または配達を再開する場合は、支給月の前月までに、業者または市へ連絡すること。

休 止▶入院や入所、死亡等の異動があった場合は、速やかに市へ連絡すること。当月または翌月から、紙おむつの支給を休止する。

(5) その他

- 支給された介護用品をその目的に反して使用したり譲渡、交換、転売又は担保に供することは固く禁ずる。
- いったん支給した紙おむつは、交換しない。

対 象 者

下記の（１）～（３）の要件を満たす方が対象

（１）勝山市に住所を有し、在宅で生活する者

（２）要介護４以上の認定を受けた者 または

要介護１～３の認定を受けた者のうち紙おむつが必要性が認められる者*

（３）本人が市民税非課税者

【令和３年度対象要件変更による経過措置】

令和３年３月３１日までに申請があった利用者（既存利用者）については、以前の基準で支給する

【支給対象者の区分】

| | 事業対象者 要支援者 | 要介護 1～3 | | 要介護 4～5 | |
|------|---------------|---------|-------------|---------|-------|
| | | 既存利用者 | 新規利用者 | 既存利用者 | 新規利用者 |
| 課税者 | 配達のみ | 支給対象 | 配達のみ | 支給対象 | 配達のみ |
| 非課税者 | | | 一部* 支給対象 | | 支給対象 |

※要介護１～３の「紙おむつの必要性が認められる者」の判断基準について

①認定調査票の排尿・排便のどちらかに見守り以上のチェックが入っている

②主治医意見書もしくは認定調査票特記事項に尿失禁または便失禁の記載がある

③介護用品（紙おむつ）支給事業調査票により、尿失禁等が確認できる*

※①②のどちらにも当てはまらず、認定調査時から状態が変化し、おむつを使用する必要性があると考えられる方は③の方法で判断する。

提出書類等

（１）介護用品（紙おむつ）支給及び斡旋事業申請書

（２）介護用品（紙おむつ）支給事業調査票 ※必要時、市担当から作成を依頼

（３）介護用品（紙おむつ）希望商品受付票（再開、変更ごとに提出必要）

提出・連絡期限

翌月配達分の変更、再開、新規申請は、月末（土・日・祝日の場合はその前日）の午後４時まで提出してください。

勝山市長 殿

〒 _____
 申請者 住所 勝山市 _____

氏名 _____

電話 _____

介護用品（紙おむつ）支給及び斡旋事業申請書

下記により、介護用品（紙おむつ）の支給及び斡旋を申請します。

| | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 対象者 | 被保険者番号 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | 氏名 | _____ | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 〒 _____ | | | | | | | | |
| | 介護保険 要介護度 | 事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 | | | | | | | | |
| | 課税状況 | 市民税 課税 ・ 非課税 | | | | | | | | |
| 介護者氏名 | _____ | | | | 続柄 | _____ | | | | |

業者が介護用品を配達する際、個人情報を取り扱うことに対し同意します。

対象者本人氏名 _____

勝山市記入欄

| | | | |
|------|--|------|---|
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 排尿（ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助なし） 排便（ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助なし） その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ） | 課税状況 | <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯 （本人非課税） <input type="checkbox"/> 本人課税 |
| | <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 | | |
| 判定 | <input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 支給（限度額 _____ 円 ・ 負担割合 無・1割） | | |

介護用品(紙おむつ)支給及び斡旋事業調査票

調査員 所属

氏名

1. 対象者

確認日

年

月

日

| | | | |
|--------|-----|-------|--|
| 被保険者番号 | | 対象者氏名 | |
| 住所 | 勝山市 | | |

2. 排尿および排便にかかる介助について

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 排尿にかかる介助 (トイレ誘導・排尿動作・後始末の介助) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 排便にかかる介助 (トイレ誘導・排便動作・後始末の介助) | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |

3. 対象者の紙おむつ等の使用状況について

| | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 尿意 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 尿失禁 | <input type="checkbox"/> 常時あり | <input type="checkbox"/> 時々あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 便意 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | 便失禁 | <input type="checkbox"/> 常時あり | <input type="checkbox"/> 時々あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 使用している紙おむつ等の種類と一日の枚数 | | | | | | |
| ・パンツ | 枚/日 | ・テープ止めタイプ | 枚/日 | ・パッド | 枚/日 | |

4. 調査員の意見(紙おむつ等の使用に至る経緯・現在の身体状況について)

| | | | |
|------------------------|----|---|----|
| | | | |
| 今後、紙おむつ等が必要な状態が改善する見込み | あり | ・ | なし |

※市記入欄:介護用品(紙おむつ)支給事業の対象者として

認める

・ 認めない

認めない理由:

高齢者移送サービス事業について

高齢者移送サービス事業とは、車椅子などがないと外出できない高齢者の通院、入退院等のタクシー等の初乗り料金を助成する事業です。

1. 利用対象者

移動の際に常時車椅子を必要とする、寝たきり等で一般の公共交通機関の利用が困難な65歳以上の在宅高齢者で、次の条件のいずれかを満たす方が対象です。

- (1) 要介護2以上の認定を受けている方
- (2) 要介護認定を受けている方で、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準がA、BまたはCに該当している方
- (3) 要介護認定を受けている方で、軽度者に対する福祉用具貸与により車椅子の貸与を受けている方

2. 利用可能な場所、条件

医療機関への通院・入退院もしくは、公共施設等への送迎に限ります。

※上記以外の目的で使用された場合、助成金を返金していただく場合があります。

3. 申請から決定までの流れ

① 申請

申請書および添付書類を勝山市健康体育課介護福祉係（勝山市福祉健康センター「すこやか」内②番入口）へ提出してください。

ケアマネジャーが申請書をお持ちいただいても構いませんが、申請者は、原則ご本人もしくはご家族としてください。

【提出書類】

- ・勝山市高齢者移送サービス事業利用申請書
- ・常時車椅子を使用、寝たきり等であることが分かる書類の写し
(例) フェイスシート、居宅サービス計画書、アセスメント表、支援計画書など

② 審査

高齢者移送サービスの利用対象者に該当するか審査します。

③ 決定通知

審査後、決定通知を申請者に決定通知を送付します。通知を持参してすこやかまでお越しいただき、健康体育課窓口でチケットをお渡し致します。

④ タクシー利用

4. 利用方法

利用する場合、直接以下のタクシー会社に事前予約の電話を入れてください。その際、高齢者移送サービス乗車券を利用することを伝えてください。

【利用できるタクシー会社】

- ・大福交通 88-1331 (一般車両のみ)
- ・勝山タクシー 88-0019 (一般車両のみ)
- ・ケアサポート花水木 88-2477 (車椅子用・ストレッチャー用タクシー)
- ・あある介護タクシー 090-1637-0877
(車椅子用・ストレッチャー用タクシー)
- ・松川介護タクシー 080-6470-9009
(車椅子用・ストレッチャー用タクシー)
- ・ケアふくい 0776-61-0216
(車椅子用・ストレッチャー用タクシー)
- ・介護タクシーひまわり 69-1272 (車椅子用タクシー)
- ・介護タクシーたいよう 66-2974 (車椅子用タクシー)

※タクシー会社によって利用できる車両に違いがあります。

5. 利用できる回数

各年度 36回まで (4月1日～3月31日まで)

6. 助成金額(1回につき)

タクシーの初乗り料金分(タクシーおよび車椅子用タクシーは上限640円)

※利用するタクシー会社、車種によって助成金額が異なります。

勝山市高齢者移送サービス事業利用申請書

年 月 日

勝山市長 様

| | | | |
|-------|---|-------------|--|
| 申請者氏名 | | 対象者との 関係 | |
| 申請者住所 | 〒 | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---|------------|--|-------|--|
| 利 用 対 象 者 | 被保険者番号 | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | |
| | 介護認定等 (あてはまる 箇所に○) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者手帳あり ・ 要介護度 () ・ 車椅子使用 ・ 歩行困難 ・ 寝たきり ・ 日常生活自立度 (ランク) ・ その他 () | | | | |
| | 利用用途 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 通院 (市内・市外) ・ その他 () | 利用希望 車両 | <ul style="list-style-type: none"> ・ タクシー ・ 車椅子用タクシー ・ ストレッチャー用タクシー | | |
| | 備 考 | | | | | |

常時、車椅子又は寝たきりであることが分かる記載内容がある書類の写し（フェイスシート、居宅サービス計画書、アセスメント表、支援計画書など）を添付して下さい。

住まい環境整備支援事業申請

概 要

介護保険の住宅改修に該当しない工事で、下記対象工事に該当するもの。
新築または増築の際に行った工事は補助対象外とする。
工事費用の7～9割（利用できる上限額は一生で80万円）。

対 象

要介護3～5の方、又は要介護1～2の方で次のいずれかに該当する方

- ①常時車いすを利用する
- ②障害等級が1級又は2級の上肢不自由者
- ③障害高齢者の自立度がA以上
- ④認知症高齢者の自立度がⅢ以上

被保険者が居住する勝山市内の住宅

ただし、当該住宅の改造について重度身体障害者住宅改造助成事業その他の本補助事業以外の資金援助を受けた者は対象としない。

対 象 工 事

- ①廊下・トイレ・浴室・玄関・ポーチ及び玄関から一般道路までの住宅周辺部分等の拡幅
- ②車いす使用に適した洗面台、手洗い器、流し台、ガス台、調理台への取替え
- ③レバー式蛇口への取替え
- ④階段昇降機の設置
- ⑤段差解消機の設置
- ⑥移動改善のための扉新設
- ⑦移動困難である場合のトイレの移設
- ⑧転倒時のけが予防のための壁材の変更
- ⑨電気スイッチの高さ変更及び身体状況に適した電気スイッチ等への取替
- ⑩訪問介護員の出入りのための勝手口の設置
- ⑪寝室内への便器の設置及び付帯工事
- ⑫水洗式ポータブルトイレの設置に伴う給排水工事
- ⑬福祉用具設置のための壁・床・天井の補強
- ⑭福祉用具設置のための設置場所の拡幅及び段差解消
- ⑮その他前各号の住宅改造に付帯して必要となる住宅改修

提出書類等

【事前申請】

- ① 住まい環境整備事業申請書
- ② 完成予定の状態を確認できる書類等
 箇所ごとの改修前写真（撮影日がわかるもの）
 住居の平面図、改造箇所の略図
- ③ 工事見積書（工事内訳書として別添でも可）
 内容の審査 住宅改造確認決定書（または却下通知）の発行
 ～ 着工、完成 ～

【報告・請求】

- ④ 工事完成届
- ⑤ 領収書
- ⑥ 工事経費内訳書
- ⑦ 完成後の状態を確認できる書類等
 箇所ごとの改修後のそれぞれの写真（撮影日がわかるもの）
- ⑧ 請求書（金額・日付は空白、振込先は申請書と一致）
- ⑨ 通帳の写し（省略可）

申請から決定までの流れ

事前申請 → 審査・決定書発行（着工許可） → 着工 → 工事完了
完成届・請求 → 審査・決定（報告月） → 補助金の振込（決定月の翌月）

備考

予算の範囲内での事業となりますので、助成できない場合もあります。

軽度生活援助事業（除雪）

概 要

在宅で生活する高齢者が、市が委託した業者から買い物等の外出ができる程度の玄関前の簡易な除雪援助を受ける。

- ・利用回数 1時間以内を6回*まで。以降は全額自己負担。
※勝山市雪害対策室または対策本部が設置された場合は12回
- ・自己負担額 1時間あたり300円

対 象 者

65歳以上の者のみの世帯で、福祉票に登載され、事業対象者又は要支援、要介護の認定を受けた者がいる世帯

提出書類等

- ・軽度生活援助(除雪援助)事業申請書

申請から利用までの流れ

※認定をもっている方が対象のため、10月の居宅代表者会議で事業の紹介をします。

①申請者のとりまとめ

前年の当事業の対象者の名簿を配布するので、新規の対象者や施設入所者がいる場合は加筆・修正を依頼します。

②利用決定通知書が届いたら

市が委託している業者に本人から直接電話連絡して、除雪を依頼してください。

備考

屋根雪下ろし後の除雪は対応していません。

勝山市軽度生活援助（除雪援助）事業申請書

年 月 日

勝 山 市 長 様

申 請 者

〒

住 所 _____

氏 名 _____

関係（本人以外の場合記入）

電 話 _____

玄関前の除雪をお願いしたく、除雪者を派遣されるよう申請します。

■ 派遣を必要とする者

| | | | | | | | | |
|--------|----------|------------------|----------------------------|--|---|---|---|--|
| 被保険者番号 | | 生 年 月 日 | 明 治 大 正 昭 和 | | 年 | 月 | 日 | |
| 氏 名 | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 勝山市 | | | | | | | |

■ 派遣を希望する理由

| | |
|--------------------|---|
| 要 介 護 度 | 事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 |
| 家族の状況 (介護者の状況等) | |
| 備 考 | |

■ 世帯員の状況

| 氏名（フリガナ） | 続 柄 | 生 年 月 日 | 職 業 |
|----------|-----|---------|-----|
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |
| | | 年 月 日 | |

在宅介護ほっとひといき支援事業

概 要

在宅介護者の負担を軽減するために、県の承認を受けた通所介護事業所で宿泊サービスを提供する。

- 利用回数 1年を通じて12回まで
- 利用者費用負担 利用料のうち4,000円を補助。食費や利用料の一部は利用者負担が必要。ただし、下記の要件を全て満たす場合は利用者負担について市が負担する。(※)
 - (1) 要介護4又は5の認定を受けていること
 - (2) 要介護者の世帯全員が市民税非課税で、前年の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下であること
 - (3) 介護者が要介護者と同居していること

対 象 者

市内に住所があり、要介護認定等を受けているかた。

提出書類等

- 通所介護事業所と利用契約書を交わすなどの手続きが必要です。
- 在宅介護ほっとひといき支援事業利用者負担額減額申請書(※の場合のみ)

令和 年 月 日

在宅介護ほっとひといき支援事業利用者負担額減額申請書

勝山市長 殿

申請者
住所
氏名
連絡先 (- -)

勝山市在宅介護ほっとひといき支援事業実施要綱第5条第2項により、利用者負担額に係る減額を下記のとおり申請します。

記

| | | | | | |
|-------|---------|---------------------------|----|-------|----|
| 対象者 | ふりがな | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| | 氏名 | | 電話 | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 | | | |
| | 住所 | 勝山市 | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護 4 5 (いずれかを○で囲んでください。) | | | |
| | 認定有効期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで | | | |
| 家族の状況 | 名前 | 生年月日 | 続柄 | 職業 | 備考 |
| | | ・ | ・ | | |
| | | ・ | ・ | | |
| | | ・ | ・ | | |
| | | ・ | ・ | | |