

# 在宅介護対応加算額申込書

1. 申込み金額

2	0	0
---	---	---

万円

※見積書の金額以内で10万円単位に切り上げた額とします。

※見積書の金額が50万円未満は50万円とし、300万円を限度とします。

2. 在宅介護必要者の状況

該当項目に○を付し必要事項を記入してください。

同居の在宅介護必要者  有 ・  無

有の場合該当者を記入してください。

氏名	生年月日	続柄	介護者の状況
愛知 一郎	M・T・ <input checked="" type="radio"/> ・H・R ○○年 ○○月 ○○日	義父	日常生活に車イスが必要
	M・T・S・H・R 年 月 日		
	M・T・S・H・R 年 月 日		

無の場合在宅介護対応住宅の必要理由を記入してください。

3. 在宅介護対応住宅の仕様

該当□に✓を付し、項目ごとに具体的な仕様、設置機器等を記入してください。

該当	項目	在宅介護対応仕様記入欄
<input checked="" type="checkbox"/>	玄関	車イスに乗ったまま入ることができる広さをとり、段差を少なくした。
<input checked="" type="checkbox"/>	廊下	車イスが通れる広さをとり、段差をなくした。
<input type="checkbox"/>	階段	
<input type="checkbox"/>	便所	
<input type="checkbox"/>	洗面・脱衣所	
<input type="checkbox"/>	浴室	
<input type="checkbox"/>	寝室	
<input type="checkbox"/>	台所	
<input type="checkbox"/>	食堂	
<input type="checkbox"/>	居間	
<input checked="" type="checkbox"/>	その他	部屋と部屋のしきり段差をなくした。

在宅介護対応住宅注文書

以上のとおり住宅貸付の在宅介護対応加算額を  在宅介護対応部分見積書を添え

その他( )

で申し込みます。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

愛知県市町村職員共済組合理事長 様

記号 ○○○ 番号 ○○○

氏名 共済 四郎

印

※借受人自ら署名する場合は、押印は不要です。

(注)同居の在宅介護必要者がいない場合は、住宅金融支援機構のバリアフリー基準に準ずる仕様を対象とします。