

## 大阪市重度心身障がい者（児）住宅改修費給付事業実施要綱

### （目的）

第1条 この事業は、在宅の重度心身障がい者（児童を含む。以下「障がい者」という。）に対し、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第77条第1項第6号の規定に基づき、日常生活上の障がいの除去又は軽減に直接効果のある改修工事を行う場合の費用（以下「住宅改修費」という。）の一部を給付することにより、日常生活の便宜を図り、その福祉の増進に資することを目的とする。

### （給付対象工事・給付金額等）

第2条 住宅改修費の給付の対象となる工事は、住宅の浴室・便所・台所・居室などの改修の工事とする。（ただし、大阪市障がい者グループホーム整備費及び設備整備費補助事業に係る助成及び大阪市重度障がい者日常生活用具給付事業の対象となるものは除く。）

- 2 対象となる障がい程度、工事内容、給付限度額及び自己負担率は、別紙のとおりとする。
- 3 住宅改修費については、対象工事にかかるそれぞれの費用に応じて、別紙に掲げる金額を限度として給付を行う。ただし、それぞれの自己負担率を適用して、算出した自己負担額を差し引いた金額を給付するものとする。
- 4 工事内容については、次のものとする。

#### （1）下肢・体幹機能障がい

- ア．浴室、居室、廊下等に手すりを取り付ける場合
- イ．敷居の平滑化等の床段差を解消する場合
- ウ．滑りの防止、移動の円滑化等のために床材を変更する場合
- エ．引き戸等への扉の取替えをする場合
- オ．洋式便器等への便器の取替えをする場合
- カ．その他保健福祉センター所長が適当と認める工事

#### （2）上肢機能障がい

- ア．引き戸等への扉の取替えをする場合
- イ．特殊便器への取替えをする場合（ただし、上肢機能障がい2級以上（両上肢に障がいを有する者）に限る）
- ウ．その他保健福祉センター所長が適当と認める工事

#### （3）視覚障がい

- ア．浴室、居室、廊下等に手すりを取り付ける場合
- イ．点字ブロックを貼る工事を行う場合
- ウ．その他保健福祉センター所長が適当と認める工事

#### （4）両上肢両下肢又は体幹機能障がい

- ア．トランクファーシステム簡易型及び天井取り付け型の障がい者の水平移動を容易にする機器を設置する場合
- イ．段差解消機、リフト等の障がい者の垂直移動を容易にする機器を設置する場合

#### （5）知的障がい

- ア．日常生活の利便の向上、安全性の確保あるいは介護者の負担の軽減等に効果があると認められる改造工事を

## 行う場合

### (6) その他の障がい等

ア. 障がいの種別、程度等を勘案し、生活導線上の障がいの除去又は軽減に直接効果のある改修工事であること  
を医師による意見書で確認できる場合

5 前項各号の工事に付帯して必要となる工事は、障がいの種別、程度等及び住環境を確認したうえで、必要と認められる場合は給付対象とする。

6 次に掲げるものは、住宅改修費にかかる工事には含まない。

(1) 大阪市重度障がい者日常生活用具給付要綱に定める給付種目(住宅改修を伴うものを除く)及び家具什器に類するものの購入、修理(流し台・洗面台の取替え等)補修及びその設置に伴う関連工事

(2) 浴室・便所・台所・天井・居室等の修理、補修工事

(3) 居室の新築、増築及び家屋の全面改修にかかる工事

(4) 共同住宅等の共用部分にかかる工事

(5) その他、障がい者の日常生活上の障がいの除去あるいは軽減に直接効果があると認められない工事

7 第1項から第5項の規定にかかわらず、既に着手し、又は、完成した工事については、この要綱による住宅改修費の給付対象としない。

## (受給資格)

第3条 給付を受けることができる者は、本市の区域内に住所を有する別紙に掲げる障がい程度の者とする。ただし、障がい程度については次の各号のいずれかを満たす者に限る。

(1) 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により身体障がい者手帳の交付を受ける者

(2) 大阪市こども相談センター及び大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンターにおいて知的障がいの程度を判定されている者

(3) 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障がいの程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である者(以下「難病患者等」という。)

2 前項の受給資格を有する者であっても介護保険法(平成9年法律第123号)第41条第1項に規定する居宅要介護被保険者並びに第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者(本要綱第5条第10項に示す標準的な事務処理期間をふまえ、給付申請日から60日後までに居宅要介護被保険者又は居宅要支援被保険者となることが見込まれる者を含む。以下「居宅要介護被保険者等」という。)は給付対象としない。ただし、居宅要介護被保険者等が行う工事のうち、介護保険法第45条並びに第57条の規定による住宅改修の対象外とされた者で、障がい者固有の事情により特に必要であると認めた場合は本事業において給付を受けることができる。

3 住宅改修費の給付を受けることができる者は、原則として過去に本事業(「大阪市難病患者等日常生活用具給付事業」における居宅活動用具〈住宅改修費〉を含む。)の給付を受けていない者とする。ただし、やむを得ない理由により再度の改修工事が特に必要であると認めた場合は、給付を受けることができる。

4 住宅改修費の給付を受けることができる者は、市民税所得割額(前条第3項に規定する給付の決定を受けた月の属する年度(給付の決定を受けた月が4月から6月までの間にあっては前年度)分の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税の同法第292条第1項第2号に掲げる所得割の額(同法附則第5条の4第6項その他の内閣府令・厚生労働省令で定める規定による控除をされるべき金額があるときは、当該金額を加算した額とする。)を

いう。)が460,000円(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則(平成18年厚生労働省令第19号)第26条の3第1項に定める扶養親族及び特定扶養親族があるときは、地方税法等の一部を改正する法律(平成22年法律第4号)第1条の規定による改正前の地方税法第292条第1項第8号に規定する額(扶養親族に係るもの及び特定扶養親族に係るもの(扶養親族に係る額に相当するものを除く。)に限る。)に同法第314条の3第1項に規定する所得割の税率を乗じて得た額を控除するものとする。)以下の世帯(住民基本台帳上同一世帯となっている者で、かつ民法(名医事29年法律第89号)第877条第1項に規定する扶養義務者(本人の直系血族及び兄弟姉妹)及び配偶者とする。なお指定都市(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市をいう。以下同じ。)の区域内に住所を有する者であるときは、これらの者を指定都市以外の市町村の区域内に住所を有する者とみなして、所得割の額を算定するものとする。)に限る。なお、確認すべき税額は決定月が1月から6月の場合は前々年、7月から12月の場合は前年の所得にかかるものとする。

#### (給付申請)

第4条 住宅改修費の給付を受けようとする者又はこれを扶養する者は、工事を行う前に「住宅改修費給付申請書(様式第1号)」に次に掲げる書類を添付して保健福祉センター所長に申請しなければならない。

- (1) 施工見積書(様式第2号)
- (2) 土地・建物所有者の承諾書(様式第3号)
- (3) 工事計画書(様式第4号)
- (4) 建築確認書(建築基準法(昭和25年法律第201号)に基づく建築確認を要する場合に限る。)
- (5) 同意書(様式第5号)
- (6) 対象者の属する世帯全員の市民税所得割額を確認できる書類(前号の同意書によって所得状況確認できる場合を除く。)
- (7) 工事内訳明細書(様式第6号)
- (8) 改修予定箇所の写真2部
- (9) その他障がい等の場合は、医師意見書(様式7号)  
ただし、現に障がい福祉サービス等の提供を受けており、保健福祉センターにおいて基準を満たすことの確認が可能な場合にはその提出を要しない。
- (10) 第7号の内容の詳細がわかるもの

#### (申請内容の審査)

第5条 保健福祉センター所長は、前条の申請があったときは、前条の申請書類等及びその他福祉サービスの利用状況で第2条の給付対象工事・給付金額等及び第3条の受給資格を満たすかを書面審査した上で、実地調査を行う。

- 2 保健福祉センター所長は、書面審査及び実地調査の結果、給付対象工事と認めた場合は、実地調査記録票を作成する。
- 3 保健福祉センター所長は、申請書類等の写し、第4条(8)の改修予定箇所の写真の1部及び実地調査記録票を福祉局に送付する。
- 4 福祉局長は、本市が委託する事業者の建築士(以下「委託審査機関」という。)に審査を依頼する。
- 5 委託審査機関は、工事内容及び価格が適正であるかを審査し、その審査結果を福祉局長に報告する。
- 6 委託審査機関は、実地調査の必要が生じた場合、福祉局に理由書を提出する。

- 7 福祉局長は、委託審査機関の実地調査を必要と認めた場合、申請者の氏名・住所・電話番号を委託審査機関に提供する。
- 8 委託審査機関は、実地調査の結果を福祉局長に報告する。
- 9 福祉局長は、申請書類等、保健福祉センター所長が作成した実地調査票及び委託審査機関の審査結果から給付対象工事と認められる場合、保健福祉センター所長に必要経費を配付するとともに委託審査機関の審査結果を報告する。
- 10 保健福祉センター所長は、前項の結果から給付の可否について総合的に審査を行う。なお、給付の可否の決定にあたり、通常要する標準的な期間は60日とする。

#### (給付決定)

- 第6条 保健福祉センター所長は、前項の審査を行った後、給付の可否を決定するものとする。
- 2 保健福祉センター所長は、前項のうち給付を決定したときは、「住宅改修費給付決定通知書(様式第8号)」及び「重度心身障がい者(児)住宅改修費給付証明書(様式第11号)」により申請者に通知する。
  - 3 保健福祉センター所長は、以下の場合、不支給の決定を行う。
    - (1) 虚偽の申請その他不正行為が認められるとき。
    - (2) 第2条の給付対象工事・給付金額等及び第3条の受給資格に該当しないとき。
  - 4 保健福祉センター所長は、不支給の決定を行ったときは、理由を記載した「住宅改修費不支給通知書(様式第10号)」により申請者に通知する。

#### (申請の取下げ)

- 第7条 住宅改修費の給付を受けようとする者が、前条第2項による通知を受領した場合において、やむを得ない理由により工事を中止する場合は、工事を行う前に、「住宅改修費給付申請取下届(様式第11号)」により申請の取下げを行うものとする。

#### (内容の変更等)

- 第8条 住宅改修費の給付を決定された者が、給付決定内容を変更しようとするときは、軽微な変更を除き、「住宅改修費給付変更承認申請書(様式第12号)」により承認を受けるものとし、中止しようとするときは、「住宅改修費給付中止承認申請書(様式第15号)」により承認を受けるものとする。
- 2 前項に定める軽微な変更とは、次のいずれにも該当する場合とする。
    - (1) 給付決定された申請内容の目的に相違の無い場合
    - (2) 給付決定金額を基準として、10%を下回らない範囲の金額変更の場合
  - 3 保健福祉センター所長は、同条第1項の申請があったときは、その内容の審査及び必要に応じた現地調査等を行い、変更については、「住宅改修費給付変更承認通知書(様式第13号)」で承認もしくは「住宅改修費給付変更不承認通知書(様式第14号)」で不承認を申請者あて通知し、中止については、「住宅改修費給付中止承認通知書(様式第16号)」で承認もしくは「住宅改修費給付中止不承認通知書(様式第17号)」で不承認を申請者あて通知するものとする。

#### (併給調整)

- 第9条 当該事業の助成となる障がい者が、大阪市高齢者住宅改修費助成事業(平成12年4月1日大阪市民生局要綱第44号大阪市高齢者住宅改修費助成事業実施要綱)の助成対象となるときは、対象としない。

#### (工事の着手)

第10条 第6条第2項による給付決定を受けた者は、速やかに当該工事にかかる契約を締結し、契約業者へ有効期限までに工事が完了するよう指示するものとする。

#### (実績報告)

第11条 住宅改修費の給付を受けようとする者は、給付対象工事が完了したときは、10日以内に、当該工事に要した費用が確認できる書類を添付した「住宅改修費給付実績報告書（様式第18号）」及び下地・裏地の改修が伴う場合は、工事完了後に目視が困難な隠ぺい部分の工事の写真を保健福祉センター所長に提出しなければならない。

#### (給付金額の確定)

第12条 保健福祉センター所長は、前条の報告を受けたときは、書類の審査及び現地調査により、給付決定の内容に適合しているかどうかの確認を行い、適正と認めたときは、「住宅改修費給付金額確定通知書（様式第20号）」により住宅改修費の給付を受けようとする者へ通知するものとする。

#### (給付金の請求及び支払)

第13条 住宅改修費の給付を受けようとする者は、給付金額の確定後、給付金の請求及び受領を施工事業者に委任するものとする。

- 2 委任を受けた施工事業者は、請求書に「代理請求及び代理受領委任状（様式第19号）」を添付して保健福祉センター所長に請求しなければならない。
- 3 保健福祉センター所長は前条の請求のあった日から30日以内に給付金を支払うものとする。

#### (決定の取消及び費用の返還)

第14条 住宅改修費の給付を受けた者が、次の各号のいずれかに該当するときは、その理由を付した「住宅改修費給付取消通知書（様式第21号）」により給付決定を取消し、費用の全部又は一部を返還させことがある。

- (1) 虚偽の申請その他の不正行為により給付の決定を受けたとき。
- (2) 住宅改修費の給付を受けた者が、5年以内にこの目的に反して退去したとき又は給付を受けて整備した居室等を目的に反して改築し、解体し、使用し、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保等に供したとき。  
ただし、保健福祉センター所長が認めたときは、この限りでない。
- (3) 保健福祉センター所長への申し出なく申請内容と異なる工事を行ったとき。

#### (調査又は報告)

第15条 保健福祉センター所長及び福祉局長は、申請者及び住宅改修を行う事業者に対し、必要な助言を行うことができるとともに、報告及び関係書類の提出又は提示を求め、その他必要な調査を行う。

- 2 保健福祉センター所長及び福祉局長は、本事業の執行の適正を期するため若しくはこの要綱の実施について必要があると認めるときは、給付決定者又は給付を行った事業者に対して、報告及び関係書類の提出又は提示を求め、必要な調査を行う。

#### (その他)

第 16 条 この要綱で定めるもののほか、事業に関し必要な事項は福祉局所管課長と保健福祉センター福祉業務主管担当課長が協議して定めるものとする。

附 則(民生局要綱第 25 号)

- 1 この要綱は、平成 3 年 4 月 1 日から実施する。
- 2 重度身体障害者日常生活用具給付要綱(昭和 44 年 9 月民生局長決裁)は廃止する。

附 則

この要綱は、平成 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 10 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 12 年 6 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 13 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 18 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 19 年 7 月 1 日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成 19 年 11 月 1 日から施行する。
- 2 この要綱の施行日の前日以前に受けた給付の申請については、なお、従前の例による。

附 則

この要綱は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。

## 附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、平成27年1月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、平成27年7月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

## 附 則

1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行日の前日以前に受けた給付の申請については、なお、従前の例による。

## 附 則

1 この要綱は、平成29年9月1日から施行する。

2 この要綱の施行日の前日以前に受けた給付の申請については、なお従前の例による。

## 附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、平成30年9月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、平成31年3月1日から施行する。

## 附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月28日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年3月24日から施行する。

| 区分 | 対象となる障がい程度   | 対象となる工事                  | 給付限度額及び自己負担率 |   |
|----|--|--------------------------|--------------|---|
| A  | ・身体障がい1・2級<br>・知的障がい重度（A）<br>以上                          | 第2条第4項に掲げる<br>(1)～(6)の工事 | 非課税世帯        | 上限50万円<br>自己負担率0／10   |
|    |  |                          | 課税世帯         | 上限50万円<br>自己負担率<br>工事費20万円まで1／10<br>工事費20万円超50万円<br>まで2／3   |
| B  | ・両上肢機能障がい1級<br>かつ両下肢機能障がい1級<br>・体幹機能障がい1級                | 第2条第4項に掲げる<br>(4)の工事     | 非課税世帯        | 上限100万円<br>自己負担率0／10  |
|    |  |                          | 課税世帯         | 上限100万円<br>自己負担率<br>工事費40万円まで1／10<br>工事費40万円超100万円<br>まで2／3 |
| C  | ・下肢機能障がい3級<br>・体幹機能障がい3級<br>・乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい3級 | 第2条第4項に掲げる<br>(1)の工事     | 非課税世帯        | 上限25万円<br>自己負担率0／10   |
|    |  |                          | 課税世帯         | 上限25万円<br>自己負担率<br>工事費10万円まで1／10<br>工事費10万円超25万円<br>まで2／3   |
|    | ・難病患者等でその疾病が起因となり、下肢又は体幹機能障がいのある者                        | 第2条第4項に掲げる<br>(6)の工事     |              |   |

- 1 Bの区分を利用する場合は、Aの区分の工事（第2条第4項に掲げる（1）の工事）を同時に行っても、給付上限額は100万円とする。
- 2 Bの区分の対象となる障がい程度について、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がいの場合は、表中の上肢・下肢又は体幹機能障がいに準じる。
- 3 課税・非課税については、第3条第4項に記載の市民税所得割額を基準とする。
- 4 市民税所得割額が460,000円以上の世帯は給付対象外とする。

## 住宅改修費給付申請書

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長様

|     |    |            |  |
|-----|----|------------|--|
| 申請者 | 住所 | 電話 ( )     |  |
|     | 氏名 | (対象者との続柄 ) |  |

次のとおり、住宅改修費の給付を申請します。

(生年月日)

対象者 氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 大阪市 \_\_\_\_\_ 区  
(交付年月日)

身体障がい者手帳 番号 \_\_\_\_\_ 第 号 年 月 日

障がい名 \_\_\_\_\_ 等級 \_\_\_\_\_ 級  
(交付年月日)

療育手帳 番号 第 号 年 月 日

障がいの程度 \_\_\_\_\_

改修箇所 \_\_\_\_\_

施工事業者名 \_\_\_\_\_ 電話 ( )

事業者所在地 \_\_\_\_\_ FAX ( )

工事予定期間 着工日： 年 月 日 完成日： 年 月 日

|       | 氏名 | 対象者との続柄 | 生年月日 | 備考<br>(対象者に対する介護の状況等) |
|-------|----|---------|------|-----------------------|
| 世帯の状況 |    |         |      |                       |
|       |    |         |      |                       |
|       |    |         |      |                       |
|       |    |         |      |                       |

備考 \_\_\_\_\_

以下、保健福祉センター記入欄

| 改修予定費用 | 自己負担額(階層区分) | 給付予定金額 |
|--------|-------------|--------|
|        | ( )         |        |

(添付書類)  見積書  承諾書  計画書  同意書  内訳明細  写真(審査)  資格・給付要件  世帯状況  価格  添付書類以上により、 給付を決定します。  給付申請を却下します。

|     |       |    |      |    |      |    |
|-----|-------|----|------|----|------|----|
| 決裁欄 | 起案年月日 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 担当係長 | 係員 |
|     | ・     |    |      |    |      |    |
|     | 決裁年月日 |    |      |    |      |    |
|     | ・     |    |      |    |      |    |

|          |          |
|----------|----------|
| 公印<br>審査 | 文書<br>主任 |
|          |          |

## 施工見積書

年 月 日

(申請者もしくは対象者)

様

施工業者

住 所

氏 名

次のとおり見積ります。

| 住宅改修費給付対象工事     |      |        |
|-----------------|------|--------|
| 工事箇所            | 工事内容 | 工事予定費用 |
|                 |      |        |
|                 |      |        |
|                 |      |        |
|                 |      |        |
|                 |      |        |
| 対象工事合計金額①       |      | 円      |
| 消費税②            |      | 円      |
| 住宅改修費給付対象外工事    |      |        |
| 工事箇所            | 工事内容 | 工事予定費用 |
|                 |      |        |
|                 |      |        |
|                 |      |        |
|                 |      |        |
|                 |      |        |
| 対象外工事合計金額③      |      | 円      |
| 消費税④            |      | 円      |
| 総合計金額 (①+②+③+④) |      | 円      |

## 承 諾 書

年 月 日

(住宅改修費給付申請者)

住 所  
氏 名

様

私は、あなたが住宅改修費の給付を受けて、下記の建物について増築・改築を行うことを承諾します。

記

敷地の所在地

敷 地 の 面 積

$m^2$

建 物 の 規 模

造

階建

$m^2$

敷地所有者 住 所

氏 名

建物所有者 住 所

氏 名

(注) 敷地又は建物が官公庁の場合は、この様式による必要はありません。

## 工事計画書

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長様

申請書住所

氏名

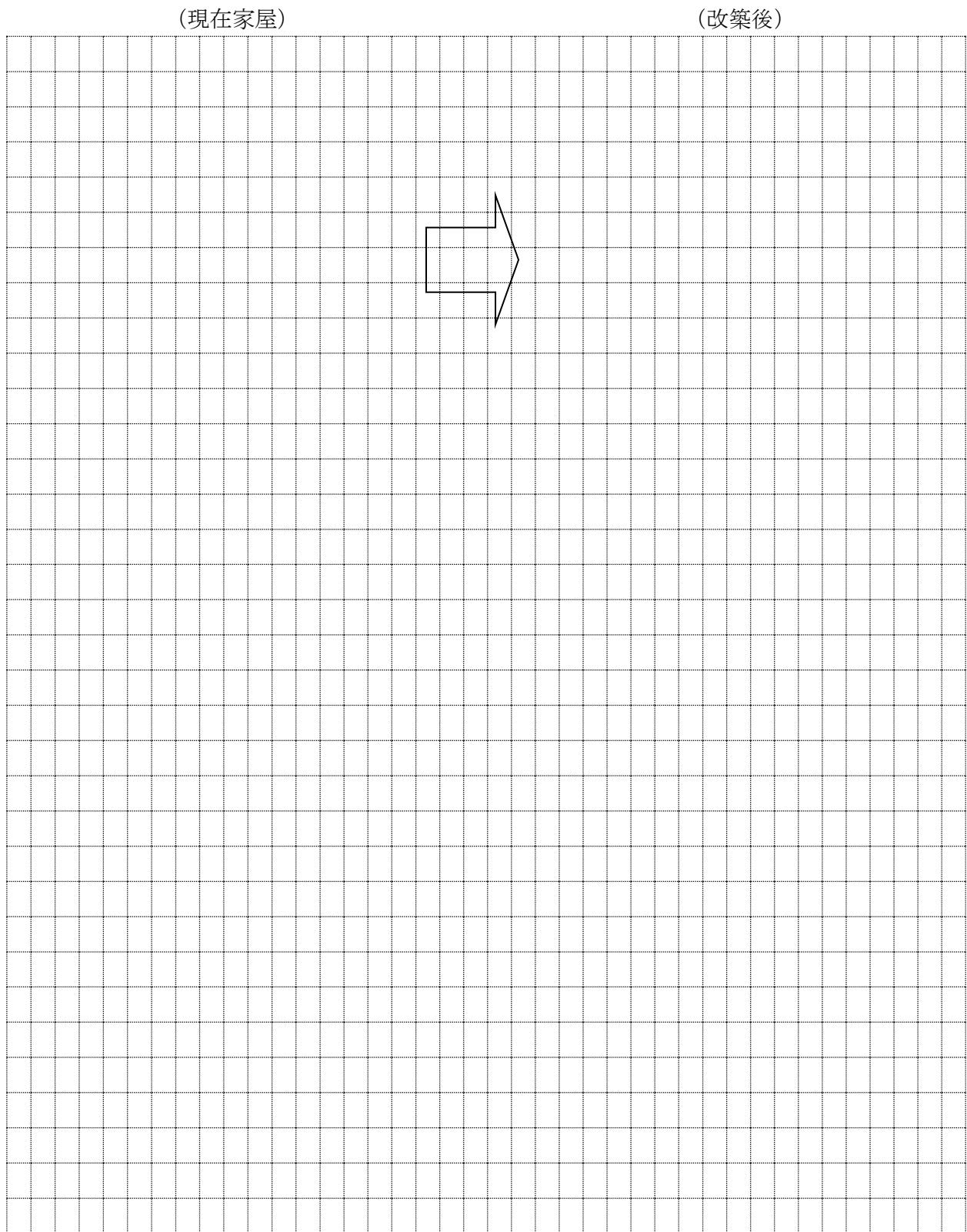
障がい者氏名

次のとおり、住宅改修工事、移動機器設置工事を行います。

記

|                                      |   |      |      |    |
|--------------------------------------|---|------|------|----|
| 家屋の状況                                | 家屋の所在地  |      |      |    |
|                                      | 所有の区分   | 土地   | 本人所有 | 借地 |
| 家屋                                   |   | 本人所有 | 借家   |    |
| 施工業者                                 | 住所（所在地）   |      |      |    |
|                                      | 名称及び代表者名  |      |      |    |
| 工事の予定内容                              | 工事箇所  |      |      |    |
|                                      | 工事内容  |      |      |    |
| 改善を必要とする理由                           | <input type="checkbox"/> 介護の軽減をはかることができる<br><input type="checkbox"/> 対象者の生活範囲が拡大される<br><input type="checkbox"/> その他<br>理由 |      |      |    |
| 工事着手予定年月日                            | 年 月 日   |      |      |    |
| 工事完成予定年月日                            | 年 月 日   |      |      |    |
| 10 m <sup>2</sup> 以上の増改築の場合等<br>建築確認 | 年 月 日<br>(確認済・申請中・その他 ( ))  |      |      |    |
| 工事の区分                                | 増築・改築   |      |      |    |

## 平面図及び側面図



平面図及び側面図は既存家屋を含めて記入の上、増築又は改築する箇所を赤線で囲むこと。2階建の場合は各階別に書くこと。

## 同 意 書

重度心身障がい者（児）住宅改修費給付の申請にあたり、下記に同意します。

1 重度心身障がい者（児）住宅改修費給付にかかる支給要件の確認と利用者負担額算出のために、私及び下記記載の世帯構成員全員について、課税台帳等の関係公簿を閲覧されること。

2 重度心身障がい者（児）住宅改修費給付の審査のために、対象者の身体状況、障がいサービス又は介護保険サービスの利用状況、対象者及び次の世帯員の重度心身障がい者（児）住宅改修給付又は介護保険サービスによる住宅改修事業又は大阪市高齢者住宅改修費給付の利用状況、その他必要事項について、関係公募を閲覧すること。

3 申請内容確認のため、市職員及び市が委託する審査機関が事前の訪問調査を行うこと。

4 住宅改修工事完了後、申請内容と工事結果の確認のため市職員及び市が委託する審査機関が訪問調査を行うこと。

① 住民票上の世帯に属する世帯員について下の欄に記入して下さい。

② ①以外にも住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の特定扶養控除対象者となる方がいれば記入してください。

| フリガナ<br>氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 住所<br>(申請者と違う場合に記入してください) |
|------------|----|------|----|---------------------------|
|            |    | ・ ・  |    |                           |
|            |    | ・ ・  |    |                           |
|            |    | ・ ・  |    |                           |
|            |    | ・ ・  |    |                           |
|            |    | ・ ・  |    |                           |

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長 様

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日の属する前年（1月から6月は前々年）の12月31日現在の年齢が16歳以上19歳未満の特定扶養控除対象者数

人

## 工事内訳明細書

樣

年 月 日

住 所\_\_\_\_\_

会社名\_\_\_\_\_

代表者\_\_\_\_\_

## 《見積内訳》

## ○工事内訳明細書の作成について

1. 改修する範囲（面積・長さ等）がわかるように記載してください。
2. 一式明細ではなく、数量を記入し、できるだけ材料と手間を分けてください。
3. 下地の補修を含む場合は、できるだけ具体的に記入してください。
4. 既製品を使用する場合は、メーカー名（製品名）品番等を記入してください。
5. 解体工事を伴う場合は、廃材処分費を明記してください。
6. 設計料・申請書類作成料などは、給付対象とはなりません。

# 意見書

〔大阪市重度心身障がい者（児）住宅改修費給付事業【内部障がい及び難病患者等用】〕

この意見書の記入に当たっては、別紙「主治医様へお願い」を参考にしてください。

|  |       |          |                |
|--|-------|----------|----------------|
| 患者氏名   |       | 生年<br>月日 | 年<br>月<br>日    |
| 患者住所   | 大阪市 区 |          |                |
| 難病患者等のみ<br>診断疾病名(※1)                         |       |          | 発病時期<br>年<br>月 |
| ①<br>障がいの状況<br>又<br>は<br>症<br>状              |       |          |                |
| ②<br>住宅改修を必要<br>とする身体の状<br>況及び必要とす<br>る工事内容等 |       |          |                |

上記の患者は、上記①の障がいの症状により、上記②の理由で住宅改修が必要である。

|                    |       |
|--------------------|-------|
| 年<br>月<br>日        | 医療機関名 |
| 医療機関所在地            |       |
| 担当医師 氏名            |       |
| 担当医師 連絡先 TEL ( ) - |       |

※1 疾病名は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病名を記載すること。

【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いします。

# 主治医様へお願い

大阪市 区保健福祉センター  
連絡先( 06 - - - - )

大阪市では、身体障がい者（児）、知的障がい者（児）、難病患者等で 介護保険法、老人福祉法等の施策の対象とならない人に、在宅における療養生活を支援するため「大阪市重度心身障がい者（児）住宅改修費給付事業」を実施しています。当該事業は、障がいのある方及び難病患者等のご希望により、手すり設置や段差解消等の小規模の住宅改修費を支給する制度です。この事業の給付を受けていただくために、障がい及び当該疾病（※2）により生じた日常生活上の障がいを軽減するために住宅改修が必要であること等医師の意見書が必要です。

つきましては、以下のこと留意して指定の意見書用紙にご記入くださいようお願いします。  
なお、難病患者等につきましては当該疾病（※2）が起因となり、下肢又は体幹機能障がいのある方で、かつ現状・病状から住宅改修が必要であると認められる場合に給付するものとしています。

意見書には、 ▼ ①欄には内部障がい又は在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾病（※2）に関する現在の主要症状を記入してください。なお、難病患者等につきましては当該疾病（※2）が起因となる下肢又は体幹機能障がいの有無についても記載してください。

▼ ②欄には①に記載された内部障がい又は当該疾病（※2）により生じている日常生活上の障がいの状況と、その状況から必要とされる住宅改修の工事内容等を記載してください。  
以上について、ご指示くださいよう、お願い申しあげます。

**対象者**：内部障がい者または難病患者等でその障がい又は疾患が起因となり、下肢又は体幹機能障がいのある人

**性 能**：内部障がい又は当該疾病（※2）が起因となり生じた日常生活上の障がいを軽減又は除去する用具で、設置に小規模な住宅改修を伴うもの。

**※2** 当該疾病は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病。

様式第8号  
大 保福第 号  
年 月 日

大阪市 区

様

大阪市 区保健福祉センター所長  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
地域保健福祉担当（保健福祉）  
電話番号 — —  
FAX番号 — —

## 住宅改修費給付決定通知書

先に申請のありました住宅改修費について、次のとおり給付を決定しましたので通知します。

記

対象者氏名

対象者住所

申請者氏名

申請者住所

証明書発行番号

決定年月日

給付決定金額

改修箇所

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

## 重度心身障がい者（児）住宅改修費給付証明書

|              |           |             |  |
|--------------|-----------|-------------|--|
| 証明書番号        |           |             |  |
| 対象者氏名        |           | 生年月日        |  |
| 現 住 所        |           |             |  |
| 申請者氏名        |           |             |  |
| 改 修 箇 所      |           |             |  |
| 施工事業者        | 事業者名      |             |  |
|              | 電話番号      |             |  |
|              | 所 在 地     |             |  |
| 証明書有効<br>期 限 |           |             |  |
| 改 修 予 定 費 用  | 自 己 負 担 額 | 給 付 決 定 金 額 |  |
|              |           |             |  |
| 工事予定期間       | 着工日： 完成日： |             |  |

|  |
|--|
|  |
|--|

## （備 考）

- この証明書は、本市が対象者へ上記内容にかかる給付を決定したことを証明するためのものであり、工事着手の際に、対象者はこの証明書を施工事業者へ提出してください。
- この証明書を不正に利用した場合は、費用の全額または一部を返還してもらうことがあります。
- 証明書有効期限までには、工事を完了させてください。
- 給付決定金額は予定金額であり、確定通知書により給付金額は確定します。
- 当該給付にかかる決定の取消しを受けた場合、この証明書は発行元へ返還する必要があります。
- 給付決定された内容に変更がある場合は、速やかに発行元に連絡してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

様式第 10 号  
大 保福第 号  
年 月 日

一  
大阪市 区

様

大阪市 区保健福祉センター所長

一  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
地域保健福祉担当 (保健福祉)  
電話番号 一 一  
FAX 番号 一 一

## 住宅改修費不支給決定通知書

先に申請のありました住宅改修費について、次の理由により不支給決定しましたので通知します。

### 記

対象者氏名

対象者住所

申請者氏名

申請者住所

申請日

決定日

理由

(理由の詳細は別紙のとおり)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、大阪市長に対して審査請求することができます。 (なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え (取消訴訟) は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に、大阪市を被告として (訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。) 提起することができます。 (なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

## 住宅改修費給付申請取下届

年 月 日

大阪市 保健福祉センター所長様

|     |      |            |
|-----|------|------------|
| 届出者 | 住所   | 電話 ( )     |
|     | フリガナ |            |
|     | 氏名   | (対象者との続柄 ) |
| 対象者 | 住所   | 電話 ( )     |
|     | フリガナ |            |
|     | 氏名   |            |

- (注) 1. 届出者が対象者である場合、対象者欄は記入不要。  
2. 届出者は、取り下げる申請の申請者または対象者となります。

住宅改修費給付申請を取り下げます。

以下、保健福祉センター記入欄

上記届出により、住宅改修費給付申請を取り下げます。

|     |       |    |      |    |      |    |              |
|-----|-------|----|------|----|------|----|--------------|
| 決裁欄 | 起案年月日 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 担当係長 | 係員 | 公印審査<br>文書主任 |
|     | ・ ・   |    |      |    |      |    |              |
|     | 決裁年月日 |    |      |    |      |    |              |
|     | ・ ・   |    |      |    |      |    |              |

## 住宅改修費給付変更承認申請書

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長様

申請書 住所  
氏名

年 月 日付大 保福第 号により給付決定された住宅改修費について、次のとおり変更する必要がありますので、変更承認を申請します。

記

| 当初工事費用  | 助成対象工事合計   | 助成対象外工事合計   | 総合計 |
|---------|--|---|-----|
|         |  |   |     |
| 変更後工事費用 | 助成対象工事合計   | 助成対象外工事合計   | 総合計 |
|         |  |   |     |
| 変更内容    |  |   |     |
| 変更理由    |  |   |     |
| 添付書類    | <input type="checkbox"/> 施工見積書<br><input type="checkbox"/> 工事計画書<br><input type="checkbox"/> 承諾書 | <input type="checkbox"/> 工事内訳明細書<br><input type="checkbox"/> 写真<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |

上記届出により、

- 変更を承認し、変更承認通知書を発行します。  
 変更を不承認し、変更不承認通知書を発行します。

| 起案年月日 | 課長 | 課長<br>代理 | 係長 | 担当<br>係長 | 係員 | 公印審査  |      |
|-------|----|----------|----|----------|----|-------|------|
|       |    |          |    |          |    | 取扱責任者 | 文書主任 |
| 決裁年月日 |    |          |    |          |    |       |      |
| ・ ・   |    |          |    |          |    |       |      |

様式第 13 号  
大 保福第 号  
年 月 日

一  
大阪市 区  
様

大阪市 区保健福祉センター所長

一  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
保健福祉課 ( )  
電話番号  
FAX 番号

## 住宅改修費給付変更承認通知書

先に変更承認申請がありました住宅改修費について、次のとおり変更を承認しました  
ので通知します。

記

対象者氏名  
住所

申請者氏名  
住所

決定年月日 年 月 日

変更内容

変更理由

様式第 14 号  
大 保福第 号  
年 月 日

一  
大阪市 区  
様

大阪市 区保健福祉センター所長

一  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
保健福祉課 ( )  
電話番号  
FAX 番号

## 住宅改修費給付変更不承認通知書

先に変更承認申請がありました住宅改修費について、審査の結果、次の理由により変更を不承認しましたので通知します。

記

対象者氏名  
住所

申請者氏名  
住所

決定年月日 年 月 日

不承認と  
した理由

## 住宅改修費給付中止承認申請書

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長様

申請書 住所  
氏名

年 月 日付大 保福第 号により給付決定された住宅改修費について、次のとおり中止する必要がありますので、中止承認を申請します。

記

| 当初工事費用 | 助成対象工事合計 | 助成対象外工事合計 | 総合計 |
|--------|----------|-----------|-----|
|        |          |           |     |
| 中止理由   |          |           |     |

上記届出により、中止申請を承認し、中止承認通知書を発行します。

- 中止を承認し、中止承認通知書を発行します。  
 中止を不承認し、中止不承認通知書を発行します。

| 起案年月日 | 課長 | 課長<br>代理 | 係長 | 担当<br>係長 | 係員 | 公印審査  |      |
|-------|----|----------|----|----------|----|-------|------|
|       |    |          |    |          |    | 取扱責任者 | 文書主任 |
| 決裁年月日 |    |          |    |          |    |       |      |
| ・ ・   |    |          |    |          |    |       |      |

様式第 16 号  
大 保福第 号  
年 月 日

一  
大阪市 区  
様

大阪市 区保健福祉センター所長

一  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
保健福祉課 ( )  
電話番号  
FAX 番号

## 住宅改修費給付中止承認通知書

先に中止承認申請がありました住宅改修費について、次のとおり中止を承認しました  
ので通知します。

記

対象者氏名  
住所

申請者氏名  
住所

決定年月日 年 月 日

中止理由

様式第 17 号  
大 保福第 号  
年 月 日

一  
大阪市 区  
様

大阪市 区保健福祉センター所長

一  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
保健福祉課 ( )  
電話番号  
FAX 番号

## 住宅改修費給付中止不承認通知書

先に中止承認申請がありました住宅改修費について、審査の結果、次の理由により中止を不承認しましたので通知します。

記

対象者氏名  
住所

申請者氏名  
住所

決定年月日 年 月 日

不承認と  
した理由

## 住宅改修費給付実績報告書（工事完了届）

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長様

申請者 住所  
氏名

年 月 日付大 保福第 号により給付決定された住宅改修費について、次のとおり工事が完了しましたので必要書類を添えて報告します。

記

|         |  |           |     |
|---------|--|-----------|-----|
| 工事完了年月日 | 年 月 日  |           |     |
| 施工事業者   | 住所   |           |     |
|         | 名称   |           |     |
|         | 代表者<br>氏名印   |           |     |
| 工事費用    | 助成対象工事合計   | 助成対象外工事合計 | 総合計 |
|         |  |           |     |
| 添付書類    | <input type="checkbox"/> 工事費用明細 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |           |     |

## 保健福祉課確認欄

| 改修費用 | 自己負担額 | 給付決定金額 |
|------|-------|--------|
|      |       |        |

様式第 19 号  
大 保福第 号  
年 月 日

一  
大阪市 区

様

大阪市 区保健福祉センター所長

一  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
地域保健福祉担当 (保健福祉)  
電話番号 一 一  
FAX 番号 一 一

## 住宅改修費給付金額確定通知書

年 月 日付 にて給付決定をしました住宅改修費については、  
次のとおり給付金額を確定しましたので通知します。

記

対象者氏名

対象者住所

申請者氏名

申請者住所

額確定日

給付金額

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）

また、この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

住宅改修費給付にかかる

## 代理請求及び代理受領委任状

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長様

私は、          年  月  日付大保福第                 号発行の確定通知書により給付金額の確定された住宅改修費(金                  円)にかかる請求と受領について、次のとおり委任します。

記

委任者(決定を受けた方)

住所

氏名

上記の権限の委任をうける事を承諾します。

受任者(施工事業者)

所在地

氏名

(お願い)

・決定を受けた方(委任者)へ

この委任状は、給付金額確定後に、記入・押印のうえ、施工事業者へお渡しください。

・受任者(施工事業者)の方へ

この委任状は、給付金を請求する際に必ず必要となりますので、受任者の所在地・氏名を記入・押印(法人の場合は代表者印)のうえ、「請求書」と併せて、決定を行った区の保健福祉センターへ提出してください。

様式第 21 号  
大 保福第 号  
年 月 日

一  
大阪市 区

様

大阪市 区保健福祉センター所長

一  
大阪市 区  
大阪市 区保健福祉センター  
地域保健福祉担当 (保健福祉)  
電話番号 一  
FAX 番号 一

## 住宅改修費給付取消通知書

年 月 日付 にて決定しました住宅改修費の給付については、  
次の理由により取消する事を決定しましたので通知します。

### 記

対象者氏名

対象者住所

申請者氏名

申請者住所

取消日

取消の理由

改修箇所

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、大阪市長に対して審査請求することができます。 (なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この処分の取消しを求める訴え (取消訴訟) は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に、大阪市を被告として (訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。) 提起することができます。 (なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)