大口町住宅改修保険者事前確認依頼書

年　　月　　日

大口町長 様

 申請者 住 所 大口町

 氏 名

 電 話

 次のとおり大口町住宅改修保険者事前確認を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象区分 | １．要支援（１．２）・要介護（１．２．３．４．５）認定者 ２．介護認定申請中 |
| 改修部分 | １．居室 ２．浴室 ３．便所 ４．台所 ５．玄関 ６．廊下 ７．階段 ８．戸外 ９．その他（ ） |
| 改修内容 |  |
| 改修予定事業者名 |  | 電話 |  |
| 改修予定事業者住所 |  |
| 担当介護支援専門員 | 事業所名　　　　　　　　　　　氏名 |
| 訪問日 | 　　　　　年　　　月　　　日（　 ）　　時頃 |