

様式第5（第5条関係）

大口町介護保険居宅介護（予防）住宅改修完了届

介護保険被保険者番号										
要介護度		認定有効期間	年 月 日～		年 月 日					
フリガナ										
被保険者氏名										
住所						電話番号				
介護保険対象住宅改修工事費										円
介護保険住宅改修費申請額										円
住宅改修の内容及び場所										
<p>大口町長様</p> <p>年 月 日</p> <p>年 月 日付け第 号で決定を受けた介護保険居宅介護（予防）住宅改修費受領委任払いについて工事を完了したので、別添のとおり関係書類を添えて届け出ます。なお、当該住宅改修に係る介護保険居宅介護（予防）住宅改修費給付金の受領については、下記の受取人に委任します。</p>										
申請者氏名										印
受 取 人										
<p>住宅改修事業者</p> <p>名 称</p> <p>代 表 者 名</p> <p>所 在 地</p> <p>電 話 番 号</p>										