介護保険居宅介護（予防）住宅改修完了届

年　　月　　日

大口町長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話

　　年　　月　　日付けで確認を受けた介護保険居宅介護（予防）住宅改修を完了しました。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 要介護度 |  |
| 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（　　　　　　　） |
| 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 |
| 改修完了日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 改修事業者名 |  |
| 改修事業者住　　所 |  |
| 備　考 |  |

※添付資料　１.領収証（原本）

　　　　　　２.内訳書（改修に係る経費の支払いが分かるもの）

　　　　　　３.改修前・改修後の写真

　　　　　　４.改修前平面図・改修後平面図