

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