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 | | | | |