

## 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