

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修完了報告書

平成 年 月 日

(あて先)  
滑川町長

〒

(申請者)住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日付で申請した住宅改修が完了しましたので、下記の書類を添えて報告します。

- (1) 住宅改修に要した費用に係る自己負担分の領収書(原本)  
※受領委任払いの場合は、自己負担分1割の領収書
- (2) 工事費内訳書
- (3) 住宅改修後の状態が確認できる日付入り写真

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男	・	女	
住 所									
着 工 日	平成 年 月 日								
完 成 日	平成 年 月 日								
改修費用(総額)	円								
介護保険対象経費(うち9割)	円								
介護保険自己負担額(1割)	円								
住宅改修確認通知発送No.日付	文書番号 平成 年 月 日								