介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修工事完成報告書

申請者（被保険者）	フリガナ		保険者番号		0	2	4	4	2	2		
	氏　名		被保険者番号									
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性　別	男　・　女								
	住　所	〒039- 五戸町　　字 電話番号										

申請者確認欄	下記のとおり住宅改修工事が完成したことを確認しました。	平成　　年　　月　　日 申請者氏名　　印	
工事着工日	平成　　年　　月　　日	工事完成日	平成　　年　　月　　日
施工事業者	五戸町長　あて 上記申請者の居住する住宅の改修工事が完成しましたので報告します。 平成　　年　　月　　日 事業者所在地　　電話 事業者名称 代表者職氏名　　印		
	担当者氏名		
	改修費用（介護保険対象工事合計）	円	

実施した住宅改修の工事種別	□　(1)手すりの取り付け □　(2)段差の解消 □　(3)滑り防止及び移動の円滑化等 □　(4)引戸等への扉変更 □　(5)洋式便器等への便器取替 □　(6)その他(1)～(5)に付帯して必要となる工事

備考

添付書類
（１）　工事完成後の写真（工事用黒板を設置して撮ったもの）
（２）　その他　（　　）