

介護保険住宅改修完了届出書

フリガナ	カゴ ハコ		保険者番号					0	8	2	2	1	4
被保険者氏名	介護 花子		被保険者番号	0	0	0	0	9	9	9	9	9	9
生年月日	昭和 10 年 10 月 1 日												
住所	〒312-8501 ひたちなか市東石川2-10-1		電話番号	029-273-0111									
住宅の所有者	介護 一郎		本人との関係	(子									
改修の内容・箇所及び規模	手すりの取付け 段差の解消		者名	海浜工務店									
	床又は通路面の材料の変更			着工日	令和3年3月30日								
	扉の取替え 便器の取替え ※箇所及び規模は内訳書に記載			完成日	令和3年3月31日								
改修費用	393,855 円		介護保険の対象となる工事に係る改修費の総額を記載										
事前申請の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		事前申請がない場合の理由	1 入院・入所中の改修のため (退院・退所日 平成 年 月 日) 2 暫定ケアプランによる改修のため 3 その他 ()									
ひたちなか市長 殿													
上記のとおり住宅改修が完了したので関係書類を添えて届け出ます。													
令和3年 4月 1日													
住所 ひたちなか市東石川2-10-1													
届出人 氏名 介護 花子													
電話番号 029-273-0111													

住宅改修の種類ごとに改修を行った箇所、数量、長さ等を記載。ただし、内訳書に書くときは改修の種類のみでよい。

着工日から完成日まで認定の有効期間が必要

介護保険の対象となる工事に係る改修費の総額を記載

備考 この届出書に、領収証、工事費内訳書、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。