

介護保険住宅改修費対象工事完了報告書

フリカ`ナ		保険者番号		2	5	4	4	2	5
被保険者氏名		被保険者番号							
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号								
住宅の所有者	本人との関係 ()								
改修の内容・ 箇所および 規模	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ		業 者 名						
	<input type="checkbox"/> 申請書から変更あり (変更部分)		着 工 日	年 月 日					
			完 成 日	年 月 日					
改 修 費 用	円								
<p>甲良町長 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり関係書類を添えて介護保険住宅改修費対象工事の完了を報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>									

※注意 ・この報告書に、領収書および、完成後の状態が確認できる写真、書類等を添付してください。