

介護保険住宅改修費連絡票

年 月 日

逗子市福祉部高齢介護課長

住所 _____
 提出者 _____
 氏名 _____
 被保険者との続柄 ()

介護保険給付の住宅改修について、次のとおり計画していますので、連絡します。

ふりがな 被保険者氏名	-----	被保険者番号
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 _____ 電話番号 ()		
要介護状態区分等	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5	認定年月日	年 月 日
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

住宅改修の概要	改修を行う住宅の所在地	
	改修の内容	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への取替え <input type="checkbox"/> その他 ()
	改修施工予定事業者	
	改修予定費用	
	工事施工予定期間	

注) 提出者が、居宅介護支援事業者であるときは、事業者の所在地、名称及び介護支援専門員の氏名を記入してください。

