

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	☐ 手すりの取付け ☐ 段差の解消 ☐ 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 ☐ 引き戸等への扉の取替え ☐ 洋式便器等への取替え ☐ 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、事業所の所在地、名称及び介護支援専門員の氏名を記入してください。