介護保険住宅改修必要理由書

							作	成年	月	日			年	月	日
被保保	フリガナ 氏 名						被保険者番								
険 者	改 修 を 行 う 住宅の所在地														
理	事 業	所番号						事 業	所	名					
由	事業原	所 在 地													
書作	作成	者氏名									種	2作	業療法	受専門員 ミ士 ユーディネー	ター
成者	工事着	工予定日	4	手	月	日	訪問	年月日			年	月	日	被保険者 確認印	
1	* 事業所に所属している場合は、事業所名等を記入してください。 * 事業所番号欄は、介護保険による指定を受けている場合、その番号を記入してください。														
上記	被保険	者に係る	居宅	サーロ	ごス	計画	の作り	成の有	無			有		無	
住宅改修の内容	 □ 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 □ その他(
【住	【住宅改修が必要な理由】														