介護保険住宅改修完了報告書

　　　　平成　　年　　月　　日

門川町長　様

被保険者氏名

被保険者番号

　　　　　確認者(ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ）　　　　　 　　　　　印

このとおり、工事が完了したことを報告します。

１．事前申請時の計画どおりの施工であったか。

ア　計画どおりの施工であった

イ　計画から変更があった

２．計画から変更した場合の変更点

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部屋名 | 工事前後 | 部分 | 内　容 | 材料(仕様) | 数量 | | 単価(円) | 金額(円) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３．変更理由

|  |
| --- |
|  |

４．退院、退所日（事前申請時入院、入所中の場合）

平成　　年　　月　　日