

介護保険住宅改修工事完了確認書

介護保険被保険者番号										
住 所	南小国町大字									
氏 名										

着工年月日 : 年 月 日

完了年月日 : 年 月 日

南 小 国 町 長 様

上記の者に係る住宅改修工事が完了したことを確認し、証明します。

年 月 日

居宅介護支援事業所 _____ (印)

事業所所在地 _____