

## 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\_\_\_\_\_

事業所所在地\_\_\_\_\_