年　　月　　日

介護保険住宅改修実地調査該当報告書

介護保険課長　宛

居宅介護支援事業所名	
介護支援専門員名	

被保険者情報

被保険者番号										

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏　　名			
住　　所	近江八幡市　　町		

工事取り付け位置及び本数	手すり取り付け箇所（　　）箇所 □トイレ（　　）箇所　□浴室（　　）箇所　□玄関（　　）箇所 □廊下　（　　）箇所　□その他　（　　）箇所
取り付け理由	

上記内容で住宅改修工事をすることを報告します。

被保険者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護保険課処理欄

受付印	備考欄