

# 住宅改修工事完了確認書

被保険者番号	.....
住 所	
氏 名	

令和 年 月 日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。

介護予防支援事業所名 \_\_\_\_\_

介護予防支援事業所所在地 \_\_\_\_\_

介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_