|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第8号（第8条関係）  **介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修完了届**  **（牛久市受領委任払用）** | | | | | | | | | | 牛久市受付欄 | |  | | | | | |
|  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 | | 性　別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修内容  改修箇所  改修規模 |  | | | 着工年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 完成年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 保険対象改修経費① | | 自己負担額②（①×負担割合）  ※１円未満切り上げ | | | | | 保険支給額①－② | | | | | | | | | | |
| 円 | | 円 | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| 牛久市長　様  　上記のとおり介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修工事が完了したことを証明します。    　　年　　月　　日  　事業者　〒  　　　　　住　　所  　　　　　事業者名  　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | |