

年 月 日

工 期 証 明

(被保険者名)

_____の介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修

工事を下記のとおり実施したことを証明します。

工事場所（住宅所在地）

工 期 着 工 年 月 日

完 成 年 月 日

施工業者名 _____