

第9号様式（第10条関係）

施工前・施工後確認書

介護保険被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	鎌ヶ谷 太郎									
被保険者住所	鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1									

工事費総額（税込）	百万	2	0	0	0	0	0	千	円
（内訳） 介護保険給付予定額		1	8	0	0	0	0	円	
自己負担予定額		2	0	0	0	0	0	円	

工事費が減額となった場合、二重線、訂正印を押印後、事後申請する金額を記載してください。

介護支援専門員より特に指示する事項

---



---

施工前確認書

鎌ヶ谷市長 様 令和8年4月1日

今回の住宅改修について、上記のとおり確認しました。

被保険者氏名 鎌ヶ谷 太郎 代筆 鎌ヶ谷 一郎

居宅介護支援事業所等名称 かまたん居宅介護支援事業所

介護支援専門員氏名 初富 梨子

施工事業者所在地 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷5-1-1

名 称 かまたん工務店

代表者氏名 社長 千葉 花子

施工後確認書

鎌ヶ谷市長 様 令和8年5月12日

上記のとおり工事が完了したことを確認しました。

被保険者氏名 鎌ヶ谷 太郎 代筆 鎌ヶ谷 一郎

居宅介護支援事業所等名称 かまたん居宅介護支援事業所

介護支援専門員氏名 初富 梨子

・被保険者とケアマネジャーが工事完了後に状況を確認したうえで、個別に記入してください。

・日付は2者の確認完了日を記入します。