

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）		2	0	0	0	0	0	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

・工事費総額は、介護保険対象外を含む合計額を記入してください。
 ・介護認定を新規申請中の場合、給付予定額・自己負担予定額の記入は不要です。

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

3者の確認が完了した日
 を記入します。

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

改修前の状況を確認後、①被保険者、②ケアマネジャー（ケアマネジャーと契約していない場合は理由書作成者）、③施工事業者の3者それぞれが記入（赤字は自署、ケアマネジャーは事業所のスタンプ可）してください。
 ※被保険者指名が代筆の場合、代筆者氏名も記入してください。

施工後確認書

鎌ヶ谷市長| 様

年 月 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 _____
 居宅介護支援事業所等名称 _____
 介護支援専門員氏名 _____