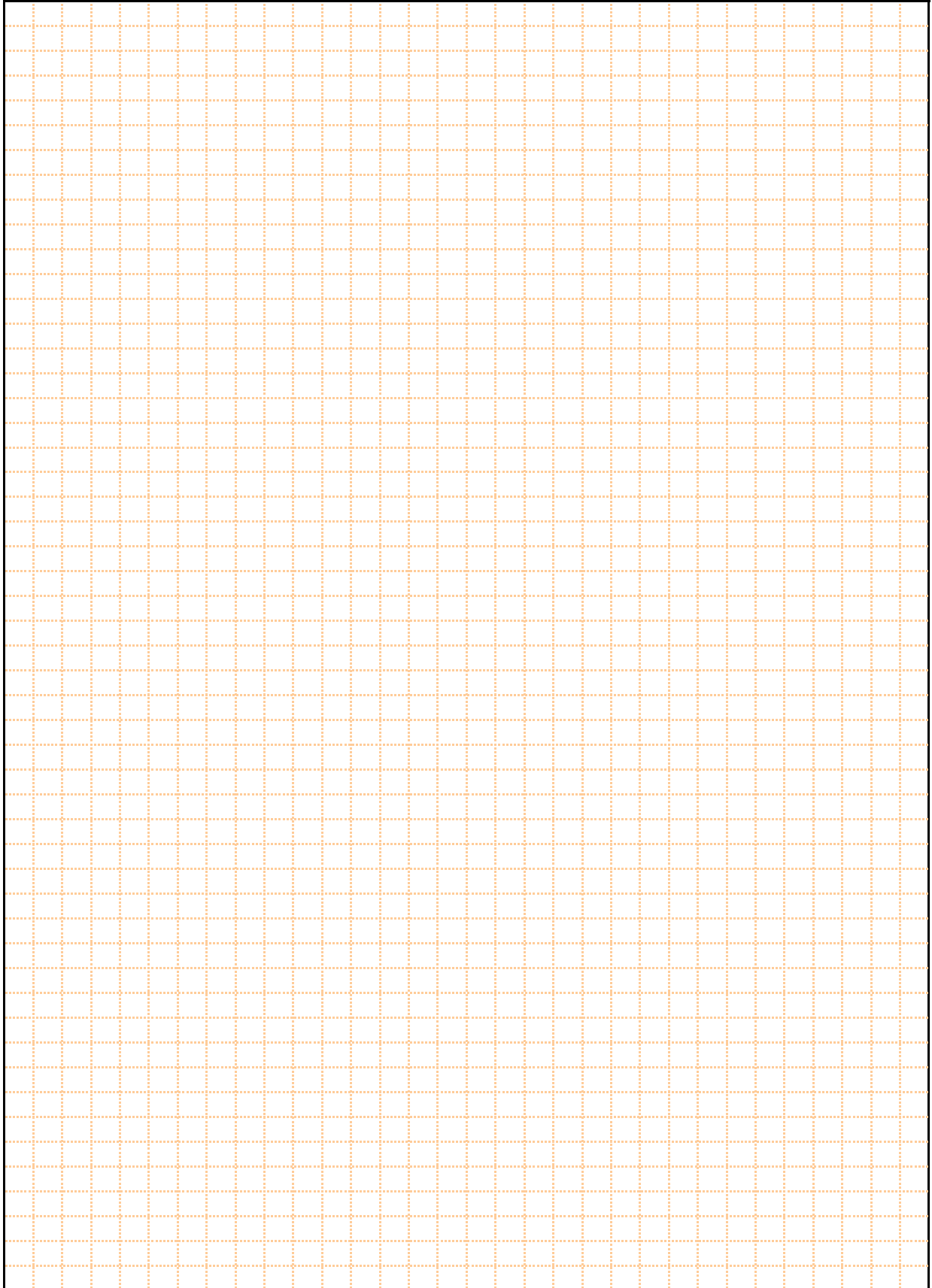


## 介護保険 住宅改修箇所見取図

フリガナ		被保険者番号	●	●	●	●	●	●	●	●	●
被保険者氏名		生年月日	明	大	昭	年	月	日			

- ・家屋全体の間取り図をできるだけ詳しく記載してください。
- ・住宅改修箇所及び改修内容を簡潔に記載してください。



提出先: 高砂市高年介護課(住宅改修費支給申請書に添付してください。)