

介護用品購入費用助成申請書

年 月 日

浪江町長

申 請 者 居 住 地 _____
 氏 名 印 _____

電 話 番 号 _____

介護用品購入費用助成について、浪江町在宅高齢者サポート事業実施要綱第10条第2項の規定により下記のとおり申請します。

記

利 用 者 氏 名	男・女		生年月日	大正 昭和	年 月 日
利 用 者 住 所	浪江町大字 字 現在の居住地 (電話番号 - - -)				
要 介 護 状 態	介護保険被保険者番号				
	要介護 認定	有	要支援 (1・2)	要介護 (1・2・3・4・5)	
身 体 障 害 状 態	手 帳 交 付 番 号				
	1級・2級・その他 ()				
購 入 し た 介 護 用 品	紙おむつ・尿取りパッド・清拭剤・その他 ()				
助 成 申 請 額	円		購入年月	年 月～ 年 月	
振 込 口 座 <u>(申請者と同じ)</u> 前回と同じ口座の方 は金融機関名だけお 書きください。	金融機関	銀行・信金 信組・農協		預金種目	普通・当座
	店 名	本店・支店 ・出張所		口座番号	
	通帳記載の カタカナ名				
	名 義				

(注1) 介護用品の購入に要した費用を証する書類の添付が必要です。裏面に貼り付けて下さい。

(注2) 助成申請額は、1ヶ月3,000円以内となります。

(注3) 振込口座は、申請者の口座になります。

レシート等添付欄

※ホッチキスで留めたり、テープでは貼らないでください。

のりで貼るのが難しい場合はそのまま同封してください。

※大人用紙おむつ・尿取りパッド・清拭剤など、身体介護に使用する物が対象となります。

洗濯用洗剤・柔軟剤・ごみ袋・虫よけなどの日用生活用品、介護衣類は対象となりません。

※入院・施設入所・長期ショートステイ利用時には申請できません。自宅介護の方が対象です。

※役場記入欄

4月	円	8月	円	12月	円
5月	円	9月	円	1月	円
6月	円	10月	円	2月	円
7月	円	11月	円	3月	円

決定支給額

円