

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)
		無	(状態を記入)	
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	
	金融機関		銀行・信金 信組・農協	預金種目
振込口座 (申請者と同じ)	店名	本店・支店 ・出張所	口座番号	
	通帳記載のカタカナ名			
前回と同じ口座の方は金融機関名だけお書きください。	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・虫よけなどの日常生活用品、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