様式第6号(第10条関係)

介護用品購入費用助成申請書

　　　　　　年　　月　　日

浪江町長

居住地

申請者

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 |
| 振込口座**（申請者と同じ）****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

R3-04