

伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	事 務 長	会 計	扱 者	
支払年月日	令和 年 月 日					
支給決定額	円					
			資格	取得 喪失	年 月 日 年 月 日	

在宅保健施設事業補助金支給申請書

被保険者の 記号と番号	記号 番号	事業所の名称				
この申請が被扶養者 のときその者の氏名		続柄		生年月日	昭和 年 月 日	
傷 病 名						
原因が労災または第3者 行為によるものであるか	ある ・ ない	介護保険等の 公費補助が		ある ・ ない ・ 一部ある		
申 請 区 分	項 目	介 護 機 器 名		契約単価	日 数	利 用 金 額
	介護機器 購入費			円	—	円
	介護機器 レンタル費			円	日	円
	項 目	利 用 期 間	日 数	利用単価	利 用 金 額	
	在宅介護 サービス	年 月 日 ～ 年 月 日				
	ショート ステイ					
	デイサービス					
	在宅入浴 サービス					
サービス 提供事業者	住所 事業者 電話 ()					
上記のとおり申請いたします。						
住 所 被保険者の 氏 名						

令和 年 月 日 提 出

<振込先>

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
(利用する場合は☒、利用しない場合は下記の欄を記入)

銀 行 名		支 店 名	
銀 行		支 店	
口 座 番 号		口座名 (カタカナ)	
普・当			

<注意>

医師、所管保健所長又は福祉事務所長の在宅での「介護を必要とする意見書」、サービス提供者の「支払い証拠書類」を添付してください。