

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	年 月 日	喪失	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。