

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。						
被保険者の 住所 氏名					(印)	

令和 年 月 日 提出

<振込先>

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。