

(様式第1号)

決定 伺	支給額					円	決裁伺 年 月 日 常務理事 事務長 係		
	支給額 内 訳								
	前 回 実施内容	( 年 月 日)	資格 喪	年 月 日	年 月 日	前回 支給	年 月 日		

### 在宅保健福祉事業補助金申請書

被 保 険 者 記 載 事 項	①被 保 険 者	氏 名						
		住 所	〒					
		記号・番号	—	事業所名				
	②在 宅 の 寝 た き り 者	氏 名						
		住 所	〒					
		生年月日	年 月 日	寝たきり なった日	年 月 日			
		傷 病 名		発病または 負傷年月日	年 月 日			
	③申 請 事 項	介護機器・用品の 購入等	機 器 名 :				実費負担額	
			購入年月日 :	年 月 日				円
		介護機器・用品の 借用	機 器 名 :				実費負担額	
			借用年月日 :	年 月 日				円
	④実 費 負 担 内 訳	ショートステイ サービス	施設を利用した期間	年 月 日 ~ 年 月 日			実費負担額	円
在宅入浴 サービス		利用年月日 :	年 月 日				円	
⑤受 領 方 法	振込先	銀行名	銀行	支店				
		口座番号	普通・当座	No.				
		口座名義						

#### 注意事項

- 補助金申請については、申請事項にかかる領収書を添付して下さい。また、実費負担額内訳は、単価・日数等できるだけ詳しく記入して下さい。
- 医師等の意見欄は、医師のほか・保健師・看護師・事業主・民生委員・社会保険労務士等、その他証明に足りると認められる者とする。

⑥医 師 等 の 意 見 欄	<p>左記「在宅の寝たきり者等」については、日常生活において常時介護を必要とし、次の通りである（該当事項に○をして下さい。）。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>床上における起座ができない、または体位変換ができない。</li> <li>衣服の着脱が自分ではできない。</li> <li>食事が自分ではできない。</li> <li>用便が自分でできない。</li> <li>入浴が自分でできない。</li> <li>その他日常生活に著しく支障をきたしている。 具体的に記入して下さい。 ( )</li> </ol> <p>上記の通り相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関等の名称</p> <p>医師等氏名 (印)</p> <p>TEL ( ) -</p>
	<p>私は_____を代理人と定め、在宅保健施設補助金の受領方を委任します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>本人 住所 氏名 (印)</p> <p>代理人 住所 氏名 (印)</p>

⑦委  
任  
状