

(様式第1号)

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

在宅保健福祉事業補助金申請書

被 保 険 者	被 保 険 者	氏 名				
		住 所	〒			
		記号・番号	1 0 -	事業所名		
		氏 名				
被 保 険 者 記 載 事 項	在 宅 の 寝 た き り 者	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	
		介護機器・用品の 購入等	機 器 名 :	購入年月日 : 平成 年 月 日		実費負担額 円
申 請 事 項		介護機器・用品の 借用	機 器 名 :	借用年月日 : 平成 年 月 日		実費負担額 円
		ショートステイ サービス	施設を利用した期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		実費負担額 円
		在宅入浴 サービス	利用年月日 :	平成 年 月 日		実費負担額 円
		実費負担内訳				
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。

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"> 1. 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。 2. 衣服の着脱が自分ではできない。 3. 食事が自分ではできない。 4. 用便が自分でできない。 5. 入浴が自分でできない。 6. 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。 () <p>上記の通り相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 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;">平成 年 月 日</p> <p>本人 住所 氏名 印</p> <p>代理人 住所 氏名 印</p>

委 任 状	<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;">平成 年 月 日</p> <p>本人 住所 氏名 印</p> <p>代理人 住所 氏名 印</p>
-------------	--