

(様式第1号)

|             |            |   |            |            |         |          |          |          |
|-------------|------------|---|------------|------------|---------|----------|----------|----------|
| 決<br>定<br>伺 | 支給額        | 円 | 平成 年 月 日   |            |         |          | 決裁伺      |          |
|             | 支給額<br>内 訳 |   | 常務理事       | 事務長        |         |          | 係        |          |
|             |            |   | 前回<br>実施内容 | (平成 年 月 日) | 資格<br>得 | 平成 年 月 日 | 前回<br>支給 | 平成 年 月 日 |

### 在宅保健福祉事業補助金申請書

|                                      |                                      |                 |                                     |                     |                 |                   |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------|-------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>載<br>事<br>項 | 被<br>保<br>険<br>者                     | 氏 名             | 山田 太郎                               |                     |                 |                   |  |
|                                      |                                      | 住 所             | 〒 171-0051<br>東京都杉並区南阿佐ヶ谷 1 - 2 - 3 |                     |                 |                   |  |
|                                      |                                      | 記号・番号           | 1 0 - 1 2 3 4                       | 事業所名                | グラクソ・スミスクライン(株) |                   |  |
|                                      | 在<br>宅<br>の<br>寝<br>た<br>き<br>り<br>者 | 氏 名             | 山田 花子                               |                     |                 |                   |  |
|                                      |                                      | 住 所             | 〒 470-0100<br>愛知県愛知郡東郷町 4 - 5 - 6   |                     |                 |                   |  |
|                                      |                                      | 生年月日            | 大正10年 3月 12日                        | 寝たきり<br>なった日        | 平成3年 11月 10日    |                   |  |
|                                      |                                      | 傷病名             | 関節リウマチ                              | 発病または<br>負傷年月日      | 平成3年 11月 1日     |                   |  |
|                                      | 申<br>請<br>事<br>項                     | 介護機器・用品の<br>購入等 | 機 器 名：車椅子                           | 購入年月日：平成 16年 8月 10日 |                 | 実費負担額<br>50,000 円 |  |
|                                      |                                      | 介護機器・用品の<br>借用  | 機 器 名：                              | 借用年月日：平成 年 月 日      |                 | 実費負担額<br>円        |  |
|                                      |                                      | ショートステイ<br>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<br>円        |  |
| 在宅入浴<br>サービス                         |                                      | 利用年月日：平成 年 月 日  |                                     |                     | 実費負担額<br>円      |                   |  |
| 実<br>費<br>負<br>担<br>内<br>訳           |                                      |                 |                                     |                     |                 |                   |  |
| 受<br>領<br>方<br>法                     | 振込先                                  | 銀行名             | みずほ                                 | 銀行                  | 有楽町             | 支店                |  |
|                                      |                                      | 口座番号            | 普通 当座                               | No.                 | 1 2 3 4 5 6 7   |                   |  |
|                                      |                                      | 口座名義            | ヤマダ タロウ                             |                     |                 |                   |  |

#### 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<br>師<br>等<br>の<br>意<br>見<br>欄 | 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。 )。  |
|                                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 衣服の着脱が自分ではできない。</li> <li>3. 食事が自分ではできない。</li> <li>4. 用便が自分でできない。</li> <li>5. 入浴が自分でできない。</li> <li>6. その他日常生活に著しく支障をきたしている。<br/>具体的に記入して下さい。</li> </ol> |
|                                 | ( )  |
|                                 | 上記の通り相違ありません。  |
|                                 | 平成 年 月 日   |
|                                 | 医療機関等の名称   |
|                                 | 医師等氏名 印  |
|                                 | TEL ( ) -  |

|             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| 委<br>任<br>状 | 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。 |
|             | 平成 年 月 日                              |
|             | 本人 住所 氏名 印                            |
|             | 代理人 住所 氏名 印                           |