様式第3号(第8条関係)

国民健康保険介護支援事業助成金申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　身延町長　　　　様  (世帯主)  住所  氏名　　　　　　　　　　㊞  電話　　　　　　　　　　番  　下記のとおり介護レンタルに要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | | | レンタルを使用した者の氏名 | | | | |  | | | 続柄 |
|  | | |  |
| 傷病名 |  | | | | | | 発病・負傷年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 介護機器の納品日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 助成期間 | | 年　　月から　　　　年　　月の1箇月間 | | | | | | | | | |
| レンタルを希望した介護機器及びレンタル料 | | | | | | | | | | | |
| 1　特殊ベッド | | | | | | 円 | | | | | |
| 2　車椅子 | | | | | | 円 | | | | | |
| 3　移動用リフト | | | | | | 円 | | | | | |
| 4　歩行補助器 | | | | | | 円 | | | | | |
| 5　床ずれ防止エアー発生調節器 | | | | | | 円 | | | | | |
| 6　認知症老人徘徊感知器 | | | | | | 円 | | | | | |
| 7　その他 | | | | | | 円 | | | | | |
| 備考  　助成金額はレンタル料の6割 | | | | 振替口座 | 振替先金融機関名 | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | |
| 口座番号 | | | | 1　普通  2　当座 | | |
| 口座名称 | | | |  | | |