様式第３（第５条関係）

介護用品購入費助成申請書兼請求書

年　　月　　日

　知立市長　様

申請者　郵便番号

住　　所

氏　　名

対象者との続柄

電話番号

　下記により、介護用品購入費の助成を受けたいので領収書を添えて申請（請求）します。なお、支給要件の該当性を審査するため、必要な税情報の公簿等の確認を行うことに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 年　齢 | | | | 歳 | | | |
| 住所 | | 知立市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 要介護状態区分 | | 要介護４　・　要介護５　・　その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定の有効期間 | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請期間中の  対象者の状況 | | □　自宅  □　施設入所（施設名：　　　　　　期間：　　　　～　　　　）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １　助成申請月 | | | 年　　　月分～　　　　　年　　　月分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　介護用品購入額 | | | 円 | | | | | ３　申請（請求）額 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 振り込みは　　　　・認定申請書記載の口座へお願いします。  　　　　　　　　　・次の口座へ変更します。（裏面へ記入してください。）  ※該当するほうを〇で囲ってください  【届出人】※申請者と届出人が異なる場合は、記入が必要となります。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 住所(又は事業所名） |  | 氏名（担当者） |  | | 申請者との続柄（関係） |  | 連絡先（TEL） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 裏面 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座  振込  依頼欄 | | 銀　　行  信用金庫  農　　協 | | | 本店  支店 | | | | | 種目 | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | |
| 普通  当座 | |  |  | |  | |  |  |  | |  |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第3（第５条関係）

|  |
| --- |
| 【領収書等添付欄】 |