

介護用品費支給請求書

日吉津村長 様

下記のとおり介護用品の購入をしたので請求します。

対象者氏名	日吉津 花子		性別	女
対象者住所	日吉津村大字日吉津 872 番地 15			
支給限度額 ( A )	既支給額 ( B )	差引支給限度額 ( A - B )		
円 / 年	円	円 / 年		
購入に要した費用	円	請求金額	円	
添付書類	介護用品領収書 ( 様式第 6 号 ) を添付してください。			
平成 年 月 日	申請者 住所 西伯郡日吉津村大字日吉津 872 番地 15			
	氏名 日吉津 花子			
	対象者との続柄 ( 本人 )			
	電話 ( ) -			

- 1 . 支給対象は、介護保険で要介護 3 以上に認定された方で、在宅で生活されている方です。入院中や施設入所中の期間は対象となりません。
- 2 . 支給後、差引支給限度額に残額のある方については、村からこの用紙を再交付します。

介護用品費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 金庫 組合	本・支店 本・支所 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	普通	
	フリガナ 口座名義人	ヒエツ ハナコ 日吉津 花子		

利用者の口座番号 ( 郵便局以外 ) を記入してください。  
郵便局以外に口座がない場合は、別途委任状により家族の方の口座指定をお願いします。

村担当者確認欄

利用者台帳 番号	領収書確認	給付制限 状況	備考



申請時に、包括支援センターが作成しお渡ししている書類で、支給対象品目です。  
 役場から送付する「介護用品費支給請求書」にも添付しています。  
 支給請求の再添付をお願いします。

様式第2号（第6条関係）様式第1号添付資料

**介護用品チェックリスト**

チェック欄	支給品目	チェック欄	型式
レ	紙おむつ		
レ	尿取マット		
	リハビリパンツ		
	使い捨て手袋		
	清拭材		
	ドライシャンプー		
レ	使い捨て清拭タオル		

対象者氏名 **日吉津 花子**

平成 年 月 日

南部箕蚊屋広域連合地域包括支援センター日吉津村支部

記入者氏名 **包括職員氏名**