

健保受付印

旭化成健康保険組合			

在宅介護支援事業 補助金申請書

申請者記入欄	提出日	令和 年 月 日			職場 電話番号	*任意継続の方は自宅、携帯等
	被保険者証	記号	番号			
	被保険者氏名 (従業員・任意継続本人)					
	所属	*任意継続の方は任意継続と記入				
	対象者氏名		続柄		介護度	要支援 () ----- 要介護 ()
	補助対象種目 (該当するサービス名や購入した物品名)	申請金額			健保記入 支給額 (70%)	
					円	円
					円	円
					円	円
	*種目 (サービスや物品) が同じ領収書は種目ごとに合算して記入してください。					

※必要以上のサービスの利用、物品の購入が判明した場合、補助金の調整や返納のご連絡をさせていただきます。

機器の購入(介護保険を使用しない) の場合のみご記入ください。

証明欄	<p>介護保険を利用しない機器等の購入はありません。</p> <p>介護施設機関名</p> <p>_____</p> <p>証明者氏名</p> <p>_____</p>
-----	--

(申請についての注意事項)

- ①介護サービス計画書(ケアプラン)のコピーを添付してください。
介護サービス計画書が発行されていない場合は、介護保険証のコピーを添付してください。
- ②領収書貼り付け台紙に申請分の領収書の原本を貼付してください。
- ③介護保険の自己負担分(1割)及び機器の搬出入費用、食事代は補助の対象になりません。
- ④申請書は利用月の翌月末までに健康保険組合に提出して下さい。
- ⑤申請書が毎月月末までに届いたものについて翌月の給与または翌月末に指定口座に振り込みます。

*申請書記入の個人情報は、在宅介護支援事業補助金支給に関してのみ利用され、他に利用されることはありません。

健保記入	支給決定額
	円

NO	
----	--