

第1号様式 (第10条関係)

介護用品購入代金受領証明書

年 月 日

所在地 和泊町

事業所名

代表者名

㊞

次のとおり、介護用品の代金を受領したことを証明します。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|------------------|--------|-----|-----|-------------|---------------|---|---|--|--|---|--|--|--|
| フリガナ | | | | | 被保険者番号 | 5 | 3 | 3 | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | 要介護 状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 男・女 | | | | | | | | |
| 住所 | 〒891-91 和泊町 | | | | | | | | | | | | | |
| 受領日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 受領金額 | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 内 容 | 介護用品の種類 (商品名) | 単 価 | 数 量 | 金 額 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 消 費 税 | | | | | | | | | 円 | | | |
| | | 受領合計金額 | | | | | | | | | 円 | | | |

第2号様式 (第12条関係)

家族介護用品購入費支給申請書

年 月 日

和泊町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号 92- 印

家族介護用品支給の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | |
|-------------|------------|---|---------|--|
| 要介護者の状況 | 氏名(生年月日) | (年 月 日生) | | |
| | 住 所 | 和泊町 | | |
| | 介 護 度 | 要介護(4・5) 認定日 年 月 日 | | |
| | 在宅サービス利用状況 | 訪問介護週 回, 通所介護週 回, 通所リハ週 回, その他() | | |
| | 介護用品使用品目 | | | |
| 介護者 | 氏 名 | 続柄 | 生 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日生 | |
| | | | 年 月 日生 | |
| | | | 年 月 日生 | |
| 介護用品購入店名 | | 購 入 金 額 | 購 入 日 | |
| | | 円 | 年 月 日 | |
| | | 円 | 年 月 日 | |
| | | 円 | 年 月 日 | |
| 合 計 | | 円 | | |
| 口座振込 依頼欄 | | 金融機関名 | | |
| | | 支 店 名 | | |
| | | 口座番号 | | |
| | | フリガナ | | |
| | | 口座名義人 | | |