

ボールペン等で記入してください。
(鉛筆は使わないでください)

記入例

様式第1号 (第3条関係)

岡谷市在宅要介護高齢者紙おむつ等購入費 支給申請書

No. _____

R8年 7月 1日

岡谷市長 殿

申請者
(介護者)

住所 岡谷市幸町8-1

氏名 岡谷 花子 電話番号 23-4811

要介護者との続柄 (妻)

介護している方の情報を
記入する。
今回より申請者=介護者
となります。

下記のとおり、購入費を交付されたく領収書を添えて申請します。

なお、要介護者及び申請者の属する世帯の課税情報を市担当者が閲覧することに同意します。

要介護者の介護保険情
報を記入する。

要介護者 (本人)											
住所	岡谷市 幸町8-1						電話番号	23-4811			
氏名	岡谷 太郎			生年月日	大正・昭和 20年 5月 20日						
介護保険	要介護度 (3)・4・5			有効期間							
	被保険者番号			R8年 1月 1日							
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	~ R11年 12月 31日
※支給限度額 (どちらかに○をしてください)											
申請額	<input checked="" type="radio"/> ① 本人:要介護 3~5で非課税 (月額3,000円)			<input type="radio"/> ② 本人:要介護 4、5で、申請者ともに非課税世帯 (月額6,000円)							
	R8年 4月分~		R8年 7月分		合計		11,000円				
	4月	3,000円	月	円	月	円	月	円	円	円	
	5月	3,000円	月	円	月	円	月	円	円	円	
	6月	3,000円	月	円	月	円	月	円	円	円	
7月	2,000円	月	円	月	円	月	円	円	円		
入所・入院	施設入所・入院期間 (あり・なし)						施設・病院の名称				
	R8年 3月 1日 ~ R8年 4月 6日 37日間 (施設入院)						岡谷市民病院				
	年	月	日	~	年	月	日	日間	(施設・入院)		
年	月	日	~	年	月	日	日間	(施設・入院)			

支給限度額を確認して記入
(月額 3,000 円が限度の場合、
3,000 円以上購入していても、
その月の申請額は 3,000 円と記入)

申請する月の間に、入院又は
入所が「あり」の場合に記入。
7日以上連続で入院、入所の
場合のみ記入する。
(欄が足りない場合は裏面に記入)

要介護者・介護者以外が
【口座名義人】になって
いる口座を【口座振込先】と
して指定する場合のみ、
記入をする。
(【口座振込先】の名義人が、
要介護者または介護者であ
れば記入不要)

要介護者又は申請者以外の方が受領する場合は、要介護者又は申請者が委任者として署名してください。

(要介護者又は申請者が受領する場合は、署名は不要)

支給額の受領について、下記の口座名義人へ委任します。 委任者 岡谷 花子

領収書、又は内
容のわかるレシ
ートを添付して
ください。

(支給限度額が不明な場
合は、購入済の領収書・レシ
ートを、月ごとに分けて、
すべて添付してください。
限度額を超えた分の領収
書・レシートは返却できませ
んのでご注意ください。)

口座振込先	金融機関	〇〇 銀行・金庫・農協・組合					本店・支店						
		金融機関コード	9	8	7	6	店舗コード	0	0	0			
	預金種類	普通・当座		口座番号			1	2	3	4	5	6	7
	【ゆうちょ銀行】	記号			番号								
フリガナ	オカヤ ジロウ												
口座名義人	岡谷 二郎												

月戻金額	1院入所	課税状況 (該当に○)	特記事項
		本人(課税・非課税・非課税世帯)	
		申請者(課税世帯・非課税世帯)	

通帳を確認し、金融機関名、支店名、口座番号を正確に記入する。
※ゆうちょ銀行の方は、追加で記号、番号の記入をお願いします。