

提出ルート:被保険者→事業主→健保
(任意継続被保険者は直接 健保へ)

令和 年 月 日

在宅介護
機器・用品購入費用補助金申請書

本部			受付支部 ()	
常務理事	事務長	担当	事務長	担当

* は健保の記入欄です

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名			事業所名		
						所属		
被保険者の 住 所						電話番号		
介護を受けた 被保険者名 又は 被扶養者名				性別	男・女	年齢	被保険者 との続柄	
補助申請項目 品 名		区 分	あなたが支払った費用			* 健保補助金 支払決定額		
			支払先	支払った金額	市町村補助額			
費用補助を申請する事由	介護用品	購入						
		購入						
		購入						
		購入						
		購入						
	介護機器	購入						
		購入						

受取代理	請求者	本請求に基づく補助金の受領を代理人に委任します。			令和 年 月 日	
	受取代理人	被保険者(請求者)署名(自筆)				
		代理人の住所	(〒 -)	(ゴム印使用)		
	代理人の氏名					

※(株)SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

振込口座	金融機関	銀行名	銀行・信金 信組			店・本店 支店・出張所
	(ゆうちょ銀行・ ネット銀行は不可)	銀行番号			店 番 号	
	預金 種別	口座番号			(フリガナ) 口座名義	
	1:普通 2:当座					

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です。

(注意)

- 支払先の領収書(銀行振込みの場合は振込金受領書の控)と認定を受けた介護保険証のコピーを添付して下さい。
- 市(区)町村の補助がある場合は、介護案内を添付し市町村補助額欄に記入して下さい。
- 健康保険組合補助は下記の通りとなります。
対 象：被保険者及び被扶養者(介護認定者)
補助金額：介護用品(自己負担額 5,000円以上 500,000円未満のもの)…自己負担額の1割(100円未満切捨て)
介護機器(自己負担額 500,000円以上のもの、スパルトランスケア等)…一律50,000円
* 市(区)町村の補助がある場合、補助金額を差し引いて計算します。
* 介護機器、介護用品合わせて1人2回/年までとします。