

支 給 決 議 書			支 給 額	円
常 務 理 事	事 務 長	係		
			資 格 取 得	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日
			資 格 喪 失	令 和 年 月 日

上記は記入しないでください。

在宅療養支援補助金申請書

令和 **x** 年 **x** 月 **x** 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

*被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書（R7.12.1までは健康保険証）、④事業所の健康保険担当部門(担当者)のいずれかでご確認ください。

被 保 険 者 本 人 欄	*被保険者等	記号	1010	被 保 険 者	健保 太郎	
	記号と番号	番号	9999			氏 名
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した在宅療養支援補助金申請書の受領に関し、代理人に委任します。				
	被保険者の住所	〒000-0000 00県00市00町1-2-3				
	会社名および所属	日本無線株式会社		00 部 00 課		
介 護 用 品 を 使 用 す る 人						
氏 名		生 年 月 日		被保険者・被扶養者の別		備 考
健保 花子		昭・平・令xx年x月x日		被扶養者		
購 入 ・ 賃 借 の い ず れ か に 記 入 し て く だ さ い						
購入介護用具名		車椅子			支払金	115.300 円
領 収 書 を 添 付 し て く だ さ い						
賃借介護用具名					契 約 金	円
契約金は、契約期間1年の金額に換算して、記入してください。契約書の写しを添付してください。						
申請金額				1. 補助金は、購入・賃借の半額、但し 50,000 円を限度とする。 例 Ⅰ. 額面 70,000 円の場合は 35,000 円 Ⅱ. 額面 130,000 円の場合は 50,000 円		
50.000 円						

【事業主確認欄】（確認後、☐に✓をしてください）

☒ 本請求書（届出書）の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。