

介護用品補助金申請書

受付	年	月	日
常務理事	事務長	担当	

本補助金の対象者は下記の条件に該当する方で、小松製作所健康保険組合が認めた場合、上限を年30,000円として補助いたします。

対象: 在宅で介護を受ける「障害の状態にある旨の当該市町村の認定」を受けた65歳以上75歳未満の人

- * 原則「寝たきり」または「認知症」の人
- * 対象機器: ジャッジベッド, 車椅子, 便座, ポータブル浴槽 その他小松製作所健康保険組合が認めるもの

被保険者証	記号		事業所名			
記号・番号	番号		所 属		TEL	
被保険者氏名						
対象者氏名 (被介護者)		生年 月日	M T S 年 月 日	被保険者 との続柄		
下記の通り申請します		被保険者住所				
平成	年	月	日	被保険者氏名	(印)	
小松製作所健康保険組合理事長 殿		生年月日	年	月	日生	

1. 購入したケア用品 _____

2. 購 入 金 額 _____

この給付金の受領方を事業所 _____ に委任致します。 _____ (印)

- ※ この確認書に記入された個人情報 は補助金支給のための利用に限定しています
- ※ 補助金の支給は、事業主を経由して行います(任意継続被保険者・喪失者を除く)
- ※ 領収書の原本を必ず添付してください