

関係会社名	
印	

大阪瓦斯健康保険組合

*大阪ガス社員は関係会社印不要。直接健保へ送付
*関係会社直接採用者は総務担当者へ送付

在宅介護費補助金請求書

*入力せず直筆記入

被保険者証 記号・番号		被保険者氏名	
受給者名		続柄	生年月日 明・大・昭 年 月 日
受給期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

1. 介護機器・用品購入

機器・用品名	購入日・利用期間	費用(円)	※支給基準額	※支給決定額
	購入日 月 日		×0.3=	
	購入日 月 日		×0.3=	
	購入日 月 日		×0.3=	
おむつ	利用期間 月 日 ~ 月 日		×0.5=	
			計	
			既支給額 円	
			(年額上限100,000円)	

2. 介護機器・用品借用

機器・用品名	利用期間	費用(円)	※支給基準額	※支給決定額
	月 日 ~ 月 日		×0.5=	
	月 日 ~ 月 日		×0.5=	
	月 日 ~ 月 日		×0.5=	
			計	
			月額上限	
			5,000円	

3. 介護サービス利用

内 容	利用機関名	内 訳	費用(円)	※支給基準額	上限額	※支給決定額
在宅介護サービス		1日の利用料金 円		×0.5=	5,000/日	
		利用日数 日		× =	60,000/月	
在宅入浴サービス		1日の利用料金 円		×0.5=	2,000/回	
		利用日数 日		× =	5,000/月	
ショートステイサービス		1日の利用料金 円		×0.5=	3,000/日	
		利用日数 日		× =		
		既利用日数(年間上限60日) 日				
デイサービス		1日の利用料金 円		×0.5=	3,000/日	
		利用日数 日		× =	30,000/月	

注 1. 支払い明細のわかる領収書を添付してください。

2. ※印欄は記入しないでください。

3. 請求書は暦月(1日~末日)単位で作成してください。

※合計支給額	
--------	--

※当帳票の内容については健康保険業務以外の目的には使用しません

