

介護機器レンタル助成申請書

申込組合員	所属所名					組合員氏名				
	所属所コード					組合員証番号				
令和 年 月 日										
公立学校共済組合京都支部長 様										
私は、次のとおり介護機器のレンタルを受けましたので、助成金を申請します。										
氏名	(※本人自署の場合は押印不要)				住所					
介護機器を利用する者	氏名		生年月日		年齢		組合員との続柄			
			年 月 日生		()歳					
申請内容	介護機器用品名	今回の申請に係るレンタル期間				1月当 レンタル料	※助成決定額			
	車いす	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	車いす付属品	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	特殊寝台	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	特殊寝台付属品	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	床ずれ防止用具	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	体位変換器	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	手すり	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	スロープ	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	歩行器	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	歩行補助つえ	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	認知症老人徘徊感知機器	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	移動用リフト	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
	自動排泄処理装置	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	円	円				
合 計					円	円				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。										
令和 年 月 日										
所属所名										
所属所長名										
所属所電話番号										
印										

- 注1 ※の欄は、記入しないでください。
 2 医師等による介護機器必要確認書を添付してください。(年度ごとに初回は原本、以降は写しで可)
 3 レンタル料には、工事費を含めないでください。
 4 事業者の領収書又は請求書(写し)及び月ごと、機種ごとのレンタル料の明細が分かる書類を添付してください。
 5 介護機器の機種等が分かるカタログ等(写し)を添付してください。
 6 レンタル期間が年度をまたぐ場合は申請期限に注意してください。

※ 助成額(月～ 月分) ※	円
-----------------	---

介護機器必要確認書

介護機器 を必要と する者	氏 名		生 年 月 日	
			年	月 日 生 ()歳
	住所			

1 状態・症状(下記2の介護機器が必要な理由が分かるように記入願います。)

2 在宅で日常生活する上で必要な介護機器(必要な機器を○で囲んでください。)

車いす・車いす付属品・特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・体位変換器・手すり
スロープ・歩行器・歩行補助つえ・認知症老人徘徊感知機器・移動用リフト・自動排泄処理装置

上記のとおり、在宅で日常生活する上で介護機器が必要であると判断します。

令和 年 月 日

(医師・保健師・看護師・理学療法士・作業療法士・介護福祉士 職名を記入願います。)

職 ・ 氏 名 (印)

所 属 機 関 名

所 在 地

電 話 番 号

注 継続して診察等を受ける医師等に記入してもらってください。