

様式第2（第5条関係）

大口町介護用品購入支援費支給証明書

（ 年 月～ 年 月）

フリガナ 被保険者氏名				被保険者番号	
番号	購入年月日	購入品名	購入金額	薬局・薬店等名	
1	年 月 日		円		
2	年 月 日		円		
3	年 月 日		円		
4	年 月 日		円		
5	年 月 日		円		
6	年 月 日		円		
7	年 月 日		円		
8	年 月 日		円		
9	年 月 日		円		
10	年 月 日		円		

※ 裏面の記入要領により記入してください。

(裏面)

## 大口町介護用品購入支援費支給証明書の記入要領

- ①この証明書は、介護用品購入支援費支給申請に必要となるものです。在宅の被保険者（要介護3～5の認定を受けた者）が、大口町の指定する薬局・薬店等で次の介護用品を購入したときに証明を受けてください。
- ②介護用品購入支援費の対象品目は、紙おむつ（パンツ式を含む）、布おむつ、尿取りパット、防水シート、おむつカバーのいずれかです。これ以外のものについては、記入しないでください。「購入品名」の欄には、これらの品目名及び商品名等を記入してください。
- ③この証明書は、4月～6月分を1枚（1枚に収まらない場合は2枚以上可）に、7月～9月分を1枚に、10月～12月分を1枚に、1月～3月分を1枚にまとめて記入してください。
- ④購入金額には、消費税及び地方消費税を含めてください。
- ⑤支給対象経費は、1か月につき5,000円が上限です。上限を超えた分は対象外で、この超えた分や上限に達しなかった分を翌月に繰り越すことはできません。
- ⑥在宅で介護している期間に購入した経費が対象です。介護保険施設への入所や医療機関への入院等の期間中に購入したものは、対象となりません。
- ⑦被保険者本人以外が使用するものは、対象となりません。