

様式第1（第5条関係）

大口町介護保険市町村特別給付（介護用品購入支援費）支給申請書

介護保険被保険者番号	0	0	0	0	0	0				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5									
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
被保険者氏名										
購入年月	購入金額 A			対象金額 B (1か月5,000円上限)			支給申請額 B - (B×介護保険負担割合 証に記載された負担割合) (円未満切捨て)			
年 月	円			円			円			
年 月	円			円			円			
年 月	円			円			円			
合 計			円			円				
介護支援専門員等在宅証明欄										
支給申請期間中の医療機関等への入院等の有無 有 ・ 無	医療機関等名称			入院等期間						
				年 月 日 ~ 年 月 日						
				年 月 日 ~ 年 月 日						
	介護支援専門員等氏名									
年 月 日										
大口町長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護用品購入支援費の支給を申請します。 住 所 申請者 氏 名 電話番号										

注 意 ・ この申請書に大口町介護用品購入支援費支給証明書（様式第2）を添付してください。

介護用品購入支援費を下記の口座に振り込んでください。

銀行 信金・信組 農協	本店 支店 出張所	種 目	1 普通預金 2 当座預金							
金融機関コード	支店コード	口座番号								
フリガナ 口座名義人										

(裏面)

## 大口町介護用品購入支援費について

①大口町は、介護保険の市町村特別給付として介護用品購入支援費を支給します。主な内容は、以下のとおりです。

②介護用品購入支援費の支給対象者は、在宅で介護されていて要介護3、要介護4又は要介護5の認定を受けている方です。

※次に該当する方は対象となりません。

- a 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院に入所している方
- b 医療施設に入院している方
- c 軽費老人ホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅に入所している方
- d 認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を利用している方

③この申請書には、「大口町介護用品購入支援費支給証明書」を添付して下記の申請書提出月に大口町へ提出してください。ただし、転出、死亡による資格喪失等の場合は、下記によらず随時に申請を受け付けします。

介護用品購入月	申請書提出月
4月、5月、6月	7月 (左の期間に購入したものを まとめて申請してください)
7月、8月、9月	10月(同上)
10月、11月、12月	1月(同上)
1月、2月、3月	4月(同上)

④支給対象金額は、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。

【例】	購入金額	対象金額	
	4月 6,000円	→ 5,000円	(上限を超えた1,000円は対象外)
	5月 3,500円	→ 3,500円	(前月の1,000円を購入金額に加算できない。)
	6月 5,000円	→ 5,000円	(前月の上限を超えなかった1,500円を上限額に加算できない。)

⑤支給金額は、対象金額に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額を差し引いた額(1円未満の端数は切捨て)です。