h@sami様式第３号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

波佐見町長　様

請求者（主介護者）　住所　波佐見町　　　　　郷　　　　番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

（在宅被介護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　)

**家族介護用品購入費請求書**

　家族介護用品購入費支給について、下記のとおり請求いたします。

記

１　請求期間　　　　　年　　月　～　　　　年　　月分

２　購入額　　　　　　　　　　　　　円（日付、品名、金額を明記の領収書を添付）

３　在宅被介護者の生活状況

　　①請求期間中の**宿泊を伴う入所や入院**について

　　　有　　　・　　　無

　　　　　有の場合

　　②入院、入所の状況について

　　　**２泊３日以上の宿泊**について、記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 入院、入所された期間 | 入院、入所先 |
| 月　　日　～　　月　　日（　　　日間） |  |
| 月　　日　～　　月　　日（　　　日間） |  |
| 月　　日　～　　月　　日（　　　日間） |  |
| 月　　日　～　　月　　日（　　　日間） |  |
| 月　　日　～　　月　　日（　　　日間） |  |

　　（　記入例　　〇月〇日～〇月×日（〇日間）　〇〇病院に入院　）

職員処理欄

□請求期間の介護度確認３・４・５　□請求月の重複確認　□支給額　　　　　　　　円

請求書記入上の注意

家族介護用品購入費助成の請求書（様式３号）の記入については、次の点に注意してください。

①請求は**約3か月を目安**に手続きしてください。

②必ず、**購入日、商品名、金額の確認できるレシートを添付**してください。

③**支給限度額は月額３，０００円、年額３６，０００円**です。

④「3　在宅高齢者の生活状況」は、

**入院や宿泊などで在宅介護を行わなかった期間**を記入ください。

※日帰り型サービス（デイサービスやデイケア）利用は記入不要です。

　※月の半数以上、在宅介護を行わなかった場合は対象になりません。

　　　例：月日数30日の15日以上を入院していた場合

　※ただし、終日在宅していない日を1日と数えます。

　　　例：1泊2日　→　0日　記入不要です。

　　　例：2泊3日　→　1日　記入ください。

そのほか、不明な点は、役場長寿支援課長寿介護班(電話８０－６６５５)

までお問い合わせください。