

厚木市在宅高齢者自立支援用具購入費助成申請書

令和 年 月 日

(あて先) 厚 木 市 長

申請者 住 所 厚木市
(対象者)

氏 名

生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)

電話番号

次のとおり厚木市在宅高齢者自立支援用具購入費の助成を申請します。なお、助成金の交付を受けるにあたり、市職員が住民基本台帳、介護保険のサービス利用状況等の調査を行うことに同意します。

1.申 請 額	円		
2.購 入 価 格	税込・非課税	円	(消費税 円)
3.購 入 場 所			
4.助 成 品 目	1 杖 (介護保険対象外) 2 シルバーカー (介護保険対象外) 3 補聴器 (非課税) 4 電磁調理器 (卓上型)		
5.購入年月日	令和 年 月 日		
6.担当の 地域包括支援センター		7.添 付 書 類	領収書・その他

確認欄

1	当該商品の購入にあたり市外の販売業者 (市内の地域包括支援センターが紹介した業者を除く。)から購入していない。	☐ はい										
2	当該商品を購入してから1年以内である。	☐ はい										
3	通信販売により購入していない。	☐ はい										
4	不正な方法により領収書等を取得していない。	☐ はい										
5	当該商品の購入に対し類似の給付を受けていない。	☐ はい										
6	助成期間内に同じ品目を購入し助成を受けていない。 <table><tr><th>品目</th><th>助成期間</th></tr><tr><td>杖</td><td>2 年</td></tr><tr><td>シルバーカー</td><td>5 年</td></tr><tr><td>補聴器</td><td>5 年</td></tr><tr><td>電磁調理器</td><td>6 年</td></tr></table>	品目	助成期間	杖	2 年	シルバーカー	5 年	補聴器	5 年	電磁調理器	6 年	☐ はい
品目	助成期間											
杖	2 年											
シルバーカー	5 年											
補聴器	5 年											
電磁調理器	6 年											
7	厚木市在宅高齢者自立支援用具購入費助成事業実施要綱第2条に規定する施設に入居していない。	☐ はい										
8	(杖・シルバーカーを購入された方のみ) 介護保険福祉用具貸与・給付品目に該当する商品を購入していない。	☐ はい										