

要介護認定者等日常生活用具購入費補助金交付申請書

令和 年 月 日

丹波市長 様

申請者 氏

住所 _____

氏名 _____ (※)

対象者からみた続柄 _____

電話番号 _____

※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

下記より日常生活用具購入費の補助を申請します。
 なお、決定に必要なあるときは、私及び生計同一者の税務資料その他を閲覧することを承諾します。

対象者	被保険者番号			
	氏名	生年月日	大正 年 月 日	昭和 () 歳
	住所	丹波市	電話番号	(0795) -
	介護保険要介護認定の状況	未認定、要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5) 認定の有効期間 (. . ~ . .)		
(対象者を除く)世帯員の状況	世帯構成	<input type="checkbox"/> :65歳以上の一人暮らし世帯 <input type="checkbox"/> :65歳以上の高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> :その他		
	氏名	続柄	生年月日	備考
			大・昭 年 月 日	
			大・昭 年 月 日	
		大・昭 年 月 日		
補助を受けたい用具の名称	<input type="checkbox"/> 火災警報器(個) <input type="checkbox"/> 電磁調理器 <input type="checkbox"/> 自動消火器 <input type="checkbox"/> 押しボタン式電話機			
補助を希望する理由				

【添付書類】

- ①用具購入に係る領収書の写し(火災警報器で自治会共同購入の場合は申込書の個人控えの写し)
- ②補助を受けたい用具のパンフレットやカタログ等の写し(型式等が確認できるもの)
※ただし、火災警報器で自治会共同購入の場合は②の添付は不要とする
- ③申請書裏面における補助金額算定表

●上記の日常生活用具購入費補助金を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	1. 丹波ひかみ農協	店	預金種目	口座番号(7桁)
	2. 中兵庫信用金庫		1. 普通預金	
	3. ()銀行		2. 当座預金	
	フリガナ			
	口座名義人			

※市記入欄 (申請者記入不要)	所得要件	介護認定要件	世帯要件	審査結果
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 要支援1~要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4・5 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 一人暮らし世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 寝たきり高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	

要介護認定者等日常生活用具購入費補助金額算定表

(単位:円)

用 具 区 分	購入費(領収額) ①	補 助 限 度 額 ②	補 助 金 額 ③ ※注意1
住宅用火災警報器 (NSマーク付きのものに限る)	円	8,000円	円
自動消火器	円	20,000円	円
電磁調理器 ※注意2 (付属品を含む)	円	20,000円	円
押しボタン式電話機 ※注意3 (ペンダント型送信機付通報装置を含む)	円	20,000円	円

※【注意1】

「補助金額」③に記入いただく金額は、「購入費(領収額)」①欄と、「補助限度額」②欄とを比較して少ない方の額を記入ください。

※【注意2】

「電磁調理器の付属品」とは、原則、電磁調理器にセットで付いている鍋等の商品とします。ただし、電磁調理器カタログに掲載されているIH用推奨鍋を電磁調理器と同一日に同一店で購入された場合については、付属品として取扱います。

※【注意3】

緊急通報システムの登録に伴い利用されるものであり、高齢者が容易に使用でき、短縮ダイヤル機能付であるものに限りません。

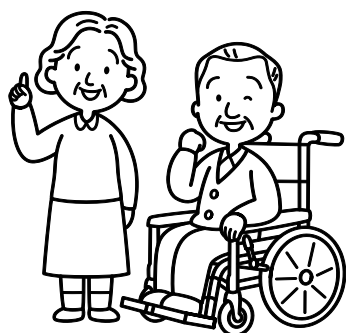
■ 補助金を受けられる方は…

- ①市内に住所を有し、かつ居住されている65歳以上の方
- ②在宅で生活されている方（施設入所中又は医療機関等に入院中でない方）
- ③介護保険の要介護認定又は要支援認定を受けられている方
- ④市民税非課税世帯に属される方

以上、①から④の全てに該当しており、そのうえ

「住宅用火災警報器」と「自動消火器」は、一人暮らし高齢者、高齢者のみの世帯又は寝たきり高齢者（要介護4又は要介護5）の世帯に属されていること

「電磁調理器」と「押しボタン式電話機」は、一人暮らし高齢者、高齢者のみの世帯に属されていることが対象者の要件となります。



【お問い合わせ先】

丹波市健康福祉部介護保険課
地域支えあい推進係
電話 **88-5267** まで