

様式第1号(第6条関係)

七戸町在宅介護支援器具購入助成申請書

年 月 日

七戸町長 様

住 所
氏 名
申請者 電話番号
対象者との続柄 ()

在宅介護支援器具購入の助成を受けたいので下記のとおり申請します。

対象者	住 所	七戸町字			電 話	
	氏 名					
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)				
	家族構成	1 単身世帯 2 身障者ひとり世帯 3 その他世帯() 合計 人 (本人含)				
身体状況	(障害名： 等級 級)					
介護状況	(病名：) (介護度：要介護)					
生活状況	(入院・入所 年 月 日 ~ 年 月 日)					
(特記事項)						
対象者の世帯構成	氏 名	年 齢	続 柄	職業及び勤務先	備 考	
		歳	本 人			
		歳				
		歳				
		歳				
		歳				
助成を希望する器具	型式等()					
	購入額	円	数量	台	購入日	年 月 日

※助成を受けたい器具の領収書等を添付してください。

様式第2号(第6条関係)

七戸町在宅介護支援器具購入助成調書

年 月 日

七戸町長 様

病院及び
診療所名
医師氏名



在宅介護支援器具(吸引器(ネブライザー付))の在宅での使用を下記のとおり認めます。

記

使 用 者	氏名	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日生
	住所 七戸町字					
※使用を必要とする事由等						

様式第5号(第8条関係)

年 月 日

七戸町長 様

住所
請求者 氏名
電話番号

七戸町在宅介護支援器具購入費助成金請求書

七戸町在宅介護支援器具購入助成について、下記のとおり請求します。

記

請 求 金 額	円						
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農業共同組合					
	支 店 名						
	貯 金 種 目	普 通 ・ 当 座					
	口 座 番 号						
	フリガナ						
	口座名義人						

受領委任状

様

住所

氏 名 (続柄)

電話番号

私（申請者）は、上記の者を受領代理人（振込先名義人）と定め、七戸町在宅介護支援器具購入助成金の受領に関する権限を委任します。

なお、後日このことについて問題が生じた場合は、連帯してその一切の責任を負い、貴町に対して迷惑をかけません。

令和 年 月 日

住所

氏 名

(注) この委任状は、本人が口座を開設していない場合などに提出していただくものです。

同 意 書

私は、上記の七戸町在宅介護支援器具購入助成金の受領代理人となることに同意します。

令和 年 月 日

住所

氏 名

受取代理人の振込先口座

フ リ ガ ナ								
口 座 名 義 人								
金 融 機 関 指定預金口座	銀行・金庫 組合・農協						本店・支店 本所・支所 ()	
	口座種別				口座番号 (右づめ)			
	普通 (総合)							