様式第１号

介護機器レンタル料等助成に伴う承認申請書

（新規・継続（　　回目）・変更）

所属所名	○○市	組合員証No.	999－9999	
組合員氏名	共　済　太　郎	介護機器を必要とする者の氏名	共　済　三　郎	
発病又は傷病年月	R　○　年　○　月頃	介護機器を必要とする者の生年月日		組合員との続柄
介護機器が必要となった月	R　○　年　○　月頃	S　○年　○月　○日生		父
		必要とする介護機器名		
介護機器変更理由		レンタル	特殊ベッド	
		購入		
レンタル又は購入先業者名	住所　○○市○○町○○　　TEL △△△－△△△△ 業者名　○○器械店			

上記のとおり介護機器が必要となるので申請します。

令和　○年　○月　○日

埼玉県市町村職員共済組合理事長　様

申請者
- 住所　さいたま市浦和区岸町７丁目５番14号
- 氏名　共　済　太　郎

上記の記載事項は事実に相違ないことを認めます。

令和　○年　○月　○日

埼玉県市町村職員共済組合理事長　様

所属所長
- 職名　○○○市長
- 氏名　埼　玉　一　郎

課長		主幹		主査		係		備考	

注）１．新規及び変更の申請を行う場合は、診断書(写)、医師、保健婦等の証明書、領収書(写)のほか、レンタルについては、レンタル契約書(写)を、購入については、購入契約書(写)又は保証書(写)を添付すること。
　なお、65歳以上の者は、診断書(写)に代えて「介護保険　要介護認定・要支援認定等結果通知書」(写)を添付すること。
　また、40歳以上65歳未満の者のうち、特定疾病の者については「介護保険・要介護認定・要支援認定等結果通知書」(写)も併せて添付すること。
２．新規、変更申請以降助成金の申請を継続して行う場合は、領収書(写)を添付すること。

（共済組合用）