

介護補助金請求書

様式第7号

栃木県教育福祉振興会 後期部会

会員記入欄	給付コード		会員氏名 会員番号							性別	生年月日							在宅療養年月				給付決定額						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		元	年	月	日	年	月	22	23	24	25	26	27						
	6	2								M ・ S	S																	
医師等 の 証 明 欄	在宅療養期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで							症 状							1. 体位の変換が不可能 2. 起床起座が不可能 3. 食事・用便に介護が必要											
	____ 様は、上記のとおり在宅療養していたことを証明いたします。																											
	令和 年 月 日										住所 氏 名 印																	
会員記入欄	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 一般財団法人 栃木県教育福祉振興会理事長 様 住所 請求者 氏 名 印 電 話																											
	医師等の証明欄 記入上の注意事項 1. 「在宅療養年月」は在宅療養期間欄の最終月を記入してください。 2. 「症状」は、該当する番号を○で囲んでください。 3. 証明者(医師・民生委員)は該当するほうを○で囲んでください。																											

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。