

# 「介護補助金 申請書\_介護用品購入」

20230501カ 改訂版

ご記入あるいはチェック  のうえ、必要書類を添付のうえご申請ください。

会員様 ご氏名	フリガナ
会員 ID	
企業・団体名	

◆ご利用規約は、ご確認されましたか  はい

ご申請者 氏名 ※会員様および配偶者と各々の 二親等内のご親族の方	フリガナ  会員様の年齢は【満 18 歳以上】ですか <input type="checkbox"/> はい / 会員様ご本人との【続柄】 ( )
電話番号(日中可能な連絡先)	( 携帯・ご自宅・ご勤務先 )

介護対象者 氏名 ※会員様および配偶者と各々の 二親等内のご親族の方	フリガナ  会員様ご本人との【続柄】 ( )
要支援・要介護 度	要支援 < 1 - 2 > 要介護 < 1 - 2 - 3 - 4 - 5 >
介護保険証の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日

【※切】申請対象月の翌月 10 日(土・日・祝日の場合も)弊社へ必着。期日を過ぎて弊社へ届いた場合、申請は無効となります。

【補助金の付与】ご申請対象月の翌月末(土・日・祝日の場合、前営業日)に、ご指定の口座へ振り込み

ご申請の メニュー	規約をご確認のうえご申請ください。 領収書発行月ごとに、1メニューずつの合計額を、お書きください。 □ 介護用品「紙おむつ」「尿とりパッド」「防水シート」「吸水シート」「介護用からだふき・おしりふき」 (対象：メニューNo. 10640395「介護用品の通信販売 まごころサポート(「リフレ」紙おむつ)など」メニューNo. 10642525「エリエールオンラインショップ(介護用品)」メニューNo. 10640022「フランスベッド ホームケア全科オンライン」)				
	メニューNo.	メニュー名	領収書発行月日		ご申請 金額
	1064		月	日	¥
	1064		月	日	¥
	1064		月	日	¥
	1064		月	日	¥
	1064		月	日	¥
	計				¥

## ■ お振込み先

金融機関名	(金融機関コード(4桁): )
支店名	(支店コード(3桁): )
口座番号(5~7桁)	普通
口座名義人	フリガナ  会員様ご本人との【続柄】( )

## ● 送付先

〒790-0035 愛媛県松山市藤原 2-8-8  
(株)ベネフィット・ワン カスタマーセンター 「介護補助金サービス担当」宛