

訪問介護利用被爆者助成受給資格認定申請書

令和 年 月 日

千葉県知事様

介護保険制度における居宅介護（支援）サービス又は特例居宅介護（支援）サービスの訪問介護に係る自己負担について、千葉県介護保険等利用被爆者援護事業実施要綱に基づく助成金の支給を受けるため認定証交付を申請します。

1 申請者

Form with fields for name (ふりがな, 氏名), birth date (明治, 大正, 昭和), gender (男・女), address (住所), telephone (電話), health insurance number (被爆者健康手帳番号), and nursing insurance details (介護保険保険者名称, 介護保険被保険者番号).

2 申請者（被爆者）の世帯の状況

Table with 7 columns: 生計中心者, 氏名, 申請者との続柄, 生年月日, 前年の所得税課税状況, 同居別居, 別居の場合の住所電話番号. Includes rows for '本人' and several family members.

*住民票と健康保険証（所得の証明書に世帯の記載がある者も含む）に記載されている世帯員を全員記載してください。

*生計の中心者に○を付けてください。

*添付書類

- ①介護保険の要介護認定等通知書(写)、②住民票(謄本)、③健康保険証(写)、④生計中心者の「住民税の非課税証明書」、「所得税確定申告書(控)」又は「生活保護受給者証明書」のいずれか1つ

(税務関係機関等調査照会承諾欄)

令和 年 月 日

千葉県知事様

私、及び私の世帯に関する上記の記載内容、また、この申請に係る添付書類に関して、市町村及び税務関係機関へ調査、照会されることについて同意します。このことは私の世帯員の同意を得ています。

申請者 住所

氏名

