

介護保険利用被爆者助成金支給申請書

令和 年 月 日

千葉県知事様

千葉県介護保険等利用被爆者援護事業実施要綱に基づき、次のとおり助成金を申請します。

1 申請者

ふりがな		明治	年	月	日生	男・女
氏名	印	大正				
		昭和				
住所	〒	電話				
被爆者健康手帳番号(受給者番号)						
介護保険保険者名称(市町村名)		介護保険被保険者番号				

2 請求内容

(請求は、月単位ですが、3ヶ月まとめた請求もできます。)

介護サービス種類	利用者負担額		
	月分	月分	月分
訪問介護利用 (注、低所得者のみ申請)	円	円	円
通所介護利用	円	円	円
短期入所生活介護利用	円	円	円
小規模多機能型居宅介護利用	円	円	円
介護老人福祉施設入所	円	円	円
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護利用	円	円	円
複合型サービス利用	円	円	円
月単位の計	円	円	円
申請金額(合計)	円		
支給決定額 (支給決定額は、県が記入)	円		

3 添付書類

- ・領収書
- ・介護保険サービスの内容が記載されている書類(介護給付費明細書の写し、又はサービス利用票)
- ・訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定証等写し(所有者のみ)

4 支払希望機関

(口座名義人は、本人に限る。)

金融機関名	預金種別	口座番号
銀行 信金 農協 支店	普通 当座	