

(様式第7号)

養護老人ホーム等入所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				
ふりがな		明治	年	月	日生	
氏名(入所者)		大正				
		昭和				
入所施設名						
入所施設所在地						
被爆者健康手帳番号(受給者番号)						

*申請者氏名欄 本人、扶養義務者どちらかに○をつけてください。
本 人：費用負担額を納付した被爆者
本 人：費用負担額を納付した被爆者の扶養義務者

2 請求内容 (請求は、月単位ですが、3ヶ月まとめたの請求もできます。)

項目	月分	月分	月分
1箇月当たりの費用負担額	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

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	普通 当座	