

介護保険利用被爆者助成金支給申請書

年 月 日

三重県知事 あて

年 月利用分を下記のとおり申請します。

フリガナ		明治 大正 年 月 日 昭和
申請者氏名	印	
申請者住所	〒 電話: ()	
公費負担者番号	/	
被爆者健康手帳番号	/	
介護保険被保険者番号		
利用施設名		
介護サービス種類	利用者負担額	利用日数等
介護老人福祉施設入所	円	入所期間 ~
短期入所生活介護利用	円	利用期間 ~
通所介護利用	円	利用日数 日間
定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用	円	利用期間 ~
小規模多機能型居宅介護利用	円	利用期間 ~
複合型サービス利用	円	利用期間 ~
※訪問介護利用	円	/
申請金額合計	円	

- 訪問介護は非課税世帯の被爆者のみ助成します。
- 申請書には支払った利用料の領収書とサービス提供明細書(介護給付費明細書)を添付してください。

〈助成金振込口座〉

金融機関名	口座名義人	口座番号
銀行 信金 農協	フリガナ	普通 当座
支店		