

介護保険利用被爆者助成金支給申請書

三重県知事 あて  
年 月 日  
年 月利用分を下記のとおり申請します。

フリガナ			明治							
申請者氏名			大正 年 月 日							
申請者住所	〒		昭和							
			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		