

# 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					
申請者 氏名			大正		年 月 日			
申請者 住所	〒							
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 支店	フリガナ	普通 当座