

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。  
この申請に関して、必要に応じて千葉県が市町村（介護保険者）等に対して照会すること及び千葉県が市町村（介護保険者）等から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

1 申請者

ふりがな		明治				
氏名		大正	年	月	日生	男・女
		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）
- ・高額介護（介護予防）サービス支給決定通知書の写し（対象者のみ）

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	