

訪問介護利用被爆者助成受給資格確認申請書

年 月 日

三重県知事

あて

居住地 〒

(ふりがな)

氏 名

印

電話番号

訪問介護利用被爆者助成受給資格の確認をしていただくよう申請します。

記

【被爆者健康手帳番号】

【性別】

【生年月日】

※添付書類

1 訪問介護利用者負担額減額認定証 又は 生活保護受給証明書

2 1がない場合は以下の(1)及び(2)

(1)世帯の確認資料(いずれか1つ)

①住民票(世帯全員の記載があるもの)

②健康保険証の写し(世帯全員の記載があるもの)

(2)所得状況の確認資料(いずれか1つ)

①生計中心者の源泉徴収票

②住民税(非)課税証明書

③生計中心者の確定申告書の写し