

# 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 鈴木 英敬 へ

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	男・女
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	フリガナ	普通 当座

