

介護保険利用被爆者助成金支給申請書

(介護保険自己負担償還払用)

自己負担分用(保険適用分のみ)

償還払用

請求内容	フリガナ			被爆者健康手帳
	申請者名 (被爆者)	印		
	保険者名称 (市町村名)		被保険者 番号	
	生年月日	年	月	日生
	住所	和歌山県		
		電話 ( ) - ( ) - ( )		
		利用年月日	年 月 利用分	
		介護サービスの種類	利用者負担額	
		介護老人福祉施設入所	円	
		短期入所生活介護利用	円	
		通所介護利用	円	
		訪問介護利用(低所得者に限る)	円	
		その他利用 ( )	円	
		申請金額(合計)	円	
	※上記申請に係る利用の明細は、別添「サービス提供明細書」のとおり			
<b>支 払 希 望 金 融 機 関</b>				
金融機関名		口座種別 ・ 口座番号		
銀行 信金 信組 農協		普通 ・ 当座		
		口座名義人 ( カ ナ )		
和歌山県知事 様				
上記のとおり、関係書類を添えて被爆者介護保険利用助成金の支給を申請します。				
年 月 日				

- 1 申請書には支払った利用料の領収書及びサービス提供明細書を添付してください。
- 2 訪問介護を利用の場合「訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定証」所持者はコピーを添付してください。
- 3 申請者本人の名義の口座を指定してください。
- 4 支給決定通知書(高額介護サービス給付となる場合のみ)