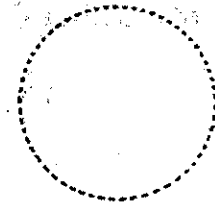
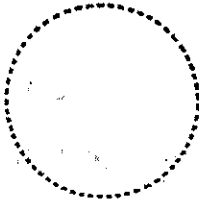


県 受 付 印

保健所受付印



介護手当支給申請書 (年 月 分)

和歌山県知事

殿

年 月 日提出

(ふりがな)		明治		年 月 日生		男・女	
氏 名		Ⓜ		大正		昭和	
居住地		郵便番号		被爆者健康手帳の番号			
		電話番号 ()					
申請額		金 円		費用を支出して介護を受けた日数		日	
				介護に要する費用として支出した費用の額		円	
介護を必要とする障害の状態		別紙診断書のとおり					
介護を受けた場所		1 自 宅 2 病院又は診療所 (名 称 所在地) 3 そ の 他 (名 称 所在地)					
介護に従事した者	氏 名		年齢	本人との続柄	区 分		
					1 家政婦又は看護補助者 2 親 族 (イ 同居 □ 別居) 3 その他 (イ 友人 □ 知人)		
					1 家政婦又は看護補助者 2 親 族 (イ 同居 □ 別居) 3 その他 (イ 友人 □ 知人)		
						1 家政婦又は看護補助者 2 親 族 (イ 同居 □ 別居) 3 その他 (イ 友人 □ 知人)	
※ 支給決定された場合、介護手当は銀行振込の方法で支払いますので、振込先銀行名等を下欄に記入してください。							
銀行名		銀行		支店		預金種別	
(ふりがな) 口座名義						普通預金	
						口座番号	
備考							

記入上の注意

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第31条第1項ただし書に規定する重度の障害者は、費用を支出して介護を受けた日がない場合でも介護手当の支給を受けることができます。この場合には、費用を支出して介護を受けた日数の欄及び介護に要する費用として支出した費用の額の欄には0と記入してください。

添付書類

この申請者には、次の書類を添えてください。

- 1 介護を必要とする障害についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書
- 2 費用を支出して介護を受けた日数及び当該支出した費用の額を証する書類（重度の障害者が費用を支出して介護を受けた日がない月分の介護手当の支給を申請する場合にあっては、その者の介護に従事した者の当該介護の事実についての申立書）