

1割・2割・3割自己負担

※該当箇所には○印をしてください。

償還払用

被爆者通所介護利用助成金支給申請書

(令和 年 月分)

フリガナ 被爆者名 (申請者名)			被爆者健康手帳番号	
保険者名 (市町村名)		被保険者 番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	
住所	市 (電話番号) 町 丁目 番 号 村			
利用施設名	利用日数	申請額		
	日間	円		

広島県知事様

上記のとおり、関係書類を添えて被爆者通所介護利用助成金の支給を申請します。
また、介護保険の保険者に対し、高額介護サービス費等対象の有無を確認することに同意します。

令和 年 月 日

※ この申請書に該当月分の領収証及び居宅サービス等又は地域密着型サービス等の内容を記載した書類等を添付してください。

振込口座(助成金を次の口座に振り込んでください)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	普通預金				
			口座番号					
	金融機関コード	店舗コード						
フリガナ 口座名義人								

※ 申請者本人の名義の口座にしてください

※ 漁業協同組合は口座振替できません。