別記様式第１２号

１割･２割･３割自己負担　※該当箇所に〇印をしてください。　償還払用

被爆者認知症対応型共同生活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			入所施設名	
入所期間 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	入所日数 日間		申請額 円	

広島県知事　様

上記のとおり，関係書類を添えて被爆者認知症対応型共同生活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。