

(様式第3号)

訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定申請書

令和 年 月 日

群馬県知事 へ

介護保険制度における居宅介護（支援）サービス又は特例居宅介護（支援）サービスの訪問介護に係る自己負担について、群馬県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づく助成金の支給を受けるため認定証交付を申請します。

1 申請者

ふりがな	-----	明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女
氏名	印			
住所	〒	電話		
被爆者健康手帳番号（受給者番号）				
介護保険保険者名称（市町村名）		介護保険被保険者番号		

2 申請者（被爆者）の世帯の状況

生計 中心者	氏名	申請者 との 続柄	生年月日	前年の 所得税 課税状況	同居 別居	別居の場合の 住所・電話番号
		本人		課税 非課税	同居 別居	
			明・大・昭・平 ・	課税 非課税	同居 別居	
			明・大・昭・平 ・	課税 非課税	同居 別居	
			明・大・昭・平 ・	課税 非課税	同居 別居	
			明・大・昭・平 ・	課税 非課税	同居 別居	
			明・大・昭・平 ・	課税 非課税	同居 別居	

※ 住民票と健康保険証（所得の証明書に世帯の記載がある者も含む）に記載されている世帯員を全員記載してください。

※ 生計の中心者に○を付けてください。

3 添付書類

- ①介護保険の要介護認定等通知書（写）、②住民票の写し（世帯全員）、③健康保険証（写）、④介護保険における「訪問介護利用者負担減額認定証」、生計中心者の「源泉徴収票」、「所得税確定申告書（控）等」、「市県民税証明書」又は、「生活保護受給者証明書」のいずれか1つ

(税務関係機関等調査照会承諾欄)		令和 年 月 日
群馬県知事 へ		
私及び私の世帯に関する上記の記載内容、また、この申請に係る添付書類に関して、市町村及び税務関係機関へ調査、照会されることについて同意します。このことは私の世帯員の同意を得ています。		
申請者 住所		
氏名	印	