

(様式第1号)

介護保険利用被爆者助成金支給申請書

令和 年 月 日

群馬県知事 へ

群馬県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づき、次のとおり助成金を申請します。

1 申請者

ふりがな		明治	年	月	日生	男・女
氏名	印	大正				
		昭和				
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 請求内容

介護サービス種類	利用者負担額		
	月分	月分	月分
訪問介護利用	円	円	円
通所介護利用	円	円	円
短期入所生活介護利用	円	円	円
小規模多機能型居宅介護利用	円	円	円
介護老人福祉施設 入所	施設サービス	円	円
	食事の標準負担	円	円
月単位の計	円	円	円
申請金額(合計)			円
支給決定額 (支給決定額は県が記入)			円

3 添付書類

- ① 領収書
- ② 介護保険サービスの内容が記載されている書類
(介護給付費明細書の写し、又はサービス利用票)
- ③ 訪問介護利用被爆者助成受給資格認定証等写し(所持者のみ)

4 支払希望金融機関(口座名義人は、被爆者本人に限る)

金融機関名	預金種別	口座番号			
銀行 信金 農協	普通 当座				