（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　あて

 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 大正 年　　月　　日　生 昭和 |  　　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　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 |  　　　 円 |
| 食事の標準負担 |  　　 円 |  　　 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 支店 農協 |  普　通 当　座 |  |  |  |  |  |  |  |