

(様式第5号)

介護保険利用被爆者助成金支給申請書
(介護給付等自己負担償還払い用)

年 月 日

静岡県知事 様

静岡県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づき、下記助成金を申請します。

請 求 内 訳	申請者住所	電話番号						—	—
	申請者氏名	㊟						男・女	
	被爆者健康手帳番号							—	
	介護保険被保険者番号								
	利用施設名								
	利用年月日	年	月	自己負担割合		1割・2割・3割			
	介護サービス・事業種別			利用者負担額					
	介護老人福祉施設			円					
	地域密着型介護老人福祉施設								
	通所介護								
	介護予防通所介護								
	認知症対応型通所介護								
	介護予防認知症対応型通所介護								
	第1号通所事業								
	地域密着型通所介護								
	小規模多機能型居宅介護								
	介護予防小規模多機能型居宅介護								
	短期入所生活介護								
	介護予防短期入所生活介護								
	認知症対応型共同生活介護								
	介護予防認知症対応型共同生活介護								
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護								
	複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)								
	訪問介護								
	介護予防訪問介護								
	第1号訪問事業								
申請金額(合計)			円						
※上記申請に係る利用の明細は別添のとおり									
支払希望機関									
金融機関名			預貯金別・口座番号						
銀行	支店	普通 当座	NO.						
信金									
農協									

○申請書には、支払った利用料金の領収書と介護サービスの内容を記載した書類を添付してください。
(訪問介護、介護予防訪問介護及び第1号訪問事業については、訪問介護利用者負担額減額認定証
又は訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定証の写しも添付してください。)