

介護保険利用被爆者助成金支給申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

「神奈川県介護保険等利用被爆者助成事業実施要領」に基づき介護保険利用被爆者助成金の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。

1 申請者

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

2 請求内容

介護サービス種類	利用者負担額		
	年 月分	年 月分	年 月分
訪問介護利用 <small>注) 低所得者のみ申請ができます。</small>	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
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護利用	円	円	円
認知症対応型共同生活介護利用	円	円	円
小規模多機能型居宅介護利用	円	円	円
複合型サービス利用	円	円	円
介護老人福祉施設利用	円	円	円
月単位の計	円	円	円
申請金額(合計)	円		
支給決定額(県記入) <small>※支給決定額は、県が記入します。</small>	円		

注) 請求は月単位で行います。(3ヶ月分をまとめて請求することもできます。)

3 添付書類

当該月分の領収書と介護保険のサービスの内容を記載した書類(介護保険の介護給付費明細書)
訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定等の所持者はその写し

4 希望する振込先(口座名義人は本人に限ります。)

支払希望機関	銀行								支店
	口座番号						普通	口座名義人 (カナ)	

5 高額介護サービス費について

高額介護サービス費の自己負担上限額及び自己負担割合に関して各関係機関へ照会することについて同意します。

令和 年 月 日 申請者