

(注：介護保険における「訪問介護利用者負担減額認定証」を所持している人はこの申請は必要ありません。)

(様式第1号)

訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

介護保険制度における訪問介護等に係る自己負担について、「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				
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)	介護保険保険者名称		介護保険被保険者番号			
	市・町・村					

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	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	

注1) 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下さい。

注2) 生計の中心者に○を付けて下さい。

注3) 添付書類

①介護保険の要介護認定等通知書(コピー)又は介護保険被保険者証(コピー)、②住民票の写し(原本、世帯全員分)、③生計中心者の「源泉徴収票」、「所得税確定申告(控)」、「課税証明書」又は、「生活保護受給証明書」のいずれか一つ

※寡婦(夫)控除又はひとり親控除を加えたい場合は、戸籍謄本。

※税務関係機関等調査照会承諾欄	年 月 日
神奈川県知事 殿	
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	