

1割・2割・3割自

※該当箇所には○印をしてください。

償還払用

被爆者複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）利用助成金支給申請書

（令和 年 月分）

フリガナ 被爆者名 (申請者名)			被爆者健康手帳番号	
保険者名 (市町村名)		被保険者 番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日
			性別	男・女
住所	市 (電話番号		— —)	
	町	町	丁目	番 号
	村			
利用施設名	利用日数		申請額	
		日間	円	
<p>広島県知事様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて被爆者複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)利用助成金の支給を申請します。</p> <p>また、介護保険の保険者に対し、高額介護サービス費等対象の有無を確認することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p>				

※ この申請書に該当月分の領収証及び地域密着型サービス等の内容を記載した書類等を添付してください。

振込口座(助成金を次の口座に振り込んでください)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所	種目	普通預金					
				口座番号						
	金融機関コード		店舗コード							
	フリガナ 口座名義人									

※ 申請者本人の名義の口座にしてください

※ 漁業協同組合は口座振替できません。