

1割・2割・3割自己負担

※該当箇所に○印をしてください。

償還払用

被爆者訪問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			被爆者健康手帳番号	
保険者名称 (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 丁目 番号			
	村			
申請額	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訪問介護利用助成金の支給を申請します。 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居宅サービスの内容を記載した書類等を添付してください。

※ 「訪問介護利用者負担額減額認定証」所持者は写し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。