（様式第１号）

　　　　　 介護保険利用被爆者助成金支給申請書

　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

群馬県知事　あて

群馬県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づき、次のとおり助成金を申請します。

１　申請者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 明治  大正 年　　月　　日　生  昭和 | 男 ・ 女 |
| 氏　名 | 印 | |
| 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（市町村名） | | 介護保険被保険者番号 | | |
|  | |  | | |

２　請求内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護サービス種類 | | 利用者負担額 | | |
| 月分 | 月分 | 月分 |
| 訪問介護利用 | | 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 |
| 小規模多機能型居宅介護利用 | | 円 | 円 | 円 |
| 介護老人福祉施設  入所 | 施設サービス | 円 | 円 | 円 |
| 食事の標準負担 | 円 | 円 | 円 |
| 月単位の計 | | 円 | 円 | 円 |
| 申請金額（合計） | | 円 | | |
| 支給決定額  （支給決定額は県が記入） | | 円 | | |
|

３　添付書類

1. 領収書、 ②介護保険サービスの内容が記載されている書類（介護給付費明細書の写し、又はサービス利用票）、

③訪問介護利用被爆者助成受給資格認定証等写し（所持者のみ）

４　支払希望金融機関（口座名義人は、被爆者本人に限る）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 預金種別 | 口　　座　　番　　号 | | | | | | |
| 銀行  信金 支店  農協 | 普　通  当　座 |  |  |  |  |  |  |  |