

介護保険利用被爆者助成金支給申請書

(介護保険利用者負担償還支払用)

(宛先)

埼玉県知事

埼玉県原子爆弾被爆者の援護に関する要綱に基づき、下記助成金を申請します。

年 月 日

請 求 内 容	申請者住所	〒										
	申請者氏名											
	電話番号	()										
	被爆者健康手帳番号											
	介護保険被保険者番号											
	利用施設名											
	利用年 月	年 月					年 月					
	介護サービス種類	利用者負担額										
	介護老人福祉施設入所	円										
	短期入所生活介護利用	円										
	通所介護利用	円										
	小規模多機能型居宅介護利用	円										
	訪問介護利用 (※注)	円										
申請金額 (合計)	円											
※上記申請に係る利用の明細は別添「サービス提供明細書」のとおり												
支 払 希 望 機 関												
金融機関名		口座名義 (カタカナ)				預貯金別・口座番号						
銀行 信金 支店 農協						普通	No.					
						当座						
※ 市町村等調査照会承諾欄 (宛先) 埼玉県知事 私、及び私の世帯に関する上記の記載内容、また、この申請にかかる添付書類に関して、埼玉県が直接市町村及び介護保険事業者等へ調査、照会し、市町村等が埼玉県に当該情報を提供することについて同意します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 氏 名</p>												

○ 添付書類：①領収書（原本のみ）②サービス提供明細書（写し可）③市町村の高額介護サービス費など他の制度による助成を受けたことが分かる書類（写し可）④振込先口座のわかる通帳等の写し

※注 訪問介護の場合は、訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定証をお持ちの方のみ、費用の助成を受けられます。（この認定証を交付されるためには、別途申請が必要です。）