

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)

記入例

(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

手帳等に記載の7ケタの受給者番号の事です。
被爆者健康手帳には19116011という8ケタの番号も載
っていますがそれではありません。

請 求 内 容	申請者住所	〒									
	申請者氏名	介護保険の被保険者証に記載されている通常10ケタの被保険者番号です。記入漏れがあると支給までに通常より時間を要することがありますので御注意ください。									
	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										
	短期入所生活介護利用	・同じ利用施設(事業者、サービス)であれば、複数月分をまとめて1枚の申請書で申請しても構いません。 (例:利用年月を「令和4年5月～7月」などと記入)									
通所介護利用	・複数の利用施設(事業者、サービス)の利用分をまとめて1枚で申請する場合は、同一期間(例:どちらも令和4年5月～7月分)のものでお願いします。										
小規模多機能型居宅介護利用	・それ以外の場合は適宜申請書を分けて申請してください。										
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											
金融機関名	口座名義()										
銀行											
信金	支店										
農協											
※ 市町村等調査照会承諾欄 (宛先)											
<p>助成対象サービスの種類が多いのですべては載っていません。どこに記入してよいかわからない場合は、「申請金額(合計)」だけでもよいので、御記入ください。 また、申請金額を適切に算出できない場合は領収書の領収額などを適宜記入してください。申請金額を参考にしつつ、正しい金額を県が算出して支給額を決定します。あらかじめ御了承ください。</p>											
<p>添付書類は①、②、④は必須です。②はサービス利用票ほか内訳がわかる同様のものであれば構いません。 ③について提出がない場合でも申請は有効ですが、支給までに通常より時間を要する場合がありますのであらかじめ御了承ください。</p>											
<p>の申請にかかる添付書類に関して、埼玉県が直接市町村等に当該情報を提供することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>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。）