

## 訪問介護利用被爆者助成受給資格認定申請書

長崎県知事様

年 月 日

介護保険制度による居宅介護（支援）サービスまたは特例居宅介護（支援）サービスの訪問介護にかかる自己負担分について、長崎県介護保険等利用被爆者援護事業実施要綱に基づく助成金の支給を受けるため、認定証の交付を申請します。

なお認定に当たり、私及び私の世帯に関する課税状況について、市町役場及び税務関係機関に調査・照会することに同意します。

1. 申請書						
フリガナ氏名						
住所		〒				
電話番号						
被爆者健康手帳番号						
介護保険保険者名称						
介護保険被保険者番号						
担当ケアマネージャー (事業所名・電話番号)						
サービス提供事業者名						
2. 世帯の状況						県確認欄
氏名	続柄	生年月日	世帯内での 最多収入者	被爆者を扶養控除 対象としている者	生計中心者	適否
	本人	明大 昭平 . .				
		明大 昭平 . . .				
		明大 昭平 . .				
		明大 昭平 . .				
		明大 昭平 . .				

1. 住民票謄本（同居している全員の記載があるもの）を添付してください。
2. 別添の課税状況証明願に15歳未満を除く全員の氏名を書き、市町役場での証明を受けてください。（市町独自の証明書でも構いません。）  
 （生活保護受給者の場合は、課税証明書に代え生活保護受給証明を添付してください。）
3. 「最多収入者」と「被爆者を扶養控除対象としている者」については、該当する者の欄に「○」をつけてください。

