

別紙様式3号

## 老人ホーム入所被爆者費用負担助成金支給申請書

年 月 日

長崎県知事 様  
 (長崎県原爆被爆者援護課取扱)

老人ホーム入所被爆者費用負担助成金を下記の通り支給申請します。

ふりがな												
氏名												
居住地												
被爆者健康手帳番号												
申請金額	_____円 (内訳1ヶ月入所負担金_____円×(A) )											
申請月数	(A) _____ヶ月分 _____年_____月～ _____年_____月分											
振込先	_____銀行・信金・農協_____支店 口座番号(普)_____											
入所施設名												
<p>1. <u>金額の訂正はできません。</u></p> <p>2. 領収書(またはその写し)を添付してください。</p> <p>3. 支給申請書は、なるべく施設でとりまとめて、長崎県原爆被爆者援護課被爆者援護班(〒850-8570 長崎市尾上町3-1 電話095-824-1111 内線2473)へ提出願います。</p> <p>4. 申請は、なるべく毎月行うようお願いします。</p>												

代筆者住所.....

氏名.....続柄.....

電話番号(.....).....-