

(様式第1号)

介護保険利用被爆者助成金支給申請書（償還払用）

長崎県知事 様

長崎県介護保険等利用被爆者援護事業実施要綱に基づき、下記助成金の支給を申請します。
 なお、支給申請に当り市町介護保険者へ照会されることに同意します。

年 月 日

請求内容	申請者(利用者)住所										
	申請者(利用者)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										
	利用事業者名										
	サービス提供月	年 月 提供									
	訪問介護系利用（訪問・訪問型）										円
	通所介護系利用（通所・通所型・地域密着型 認知症対応型・予防認知症対応型）										円
	短期入所生活介護系利用(短期・予防短期)										円
	介護老人福祉施設利用（特養・地域密着）										円
	小規模多機能型居宅介護利用（小規模・予防小規模）										円
	定期巡回随時対応型訪問介護看護利用										円
	複合型サービス利用										円
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)										円	
介護予防認知症対応型共同生活介護										円	
合 計										円	
支払希望 金融機関	金融機関名				支店名						
	預金種別	普通			口座番号						

※1. 助成金請求の際は、事業者を支払った領収書（原本）と介護給付費明細書を添付して下さい。

代筆者住所.....
 氏名..... 続柄.....
 電話番号（ ）.....