

被爆者介護保険利用助成金支給申請書(年 月分)

大分県知事 殿

(ふりがな) 氏名			明治	年	月	日生					
			大正								
			昭和					男・女			
居住地	〒		被爆者手帳番号								
	TEL - -		0								
保険者名称 (市町村名等)			介護保険被保険者番号								
申請額	円		*支給決定額 (この欄は記入しない)				円				
利用した サービスの 内容			・通所介護	(日間)					
			・短期入所生活介護	(日間)					
			・小規模多機能型居宅介護	(日間)					
			・介護老人福祉施設	(日間)					
			・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	(日間)					
			・複合型サービス	(日間)					
			・認知症対応型共同生活介護	(日間)					
振込口座			銀行	本店							
			金庫	支店							
			農協	出張所							
	預金種別	普通 当座		口座番号							
	名義人										

年 月 日

※この申請書に当該月分の領収書及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付してください。
 ※申請書は、必ず管轄の保健所(部)(ただし、大分市在住の方については、健康づくり支援課)に提出してください。

保健所受付印