

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				男・女
			大正					
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			(日間)				
			(日間)				
			(日間)				
			(日間)				
			(日間)				
			(日間)				
			(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、健康政策・感染症対策課)に提出してください。

保健所受付印