

(注:介護保険における「訪問介護利用者負担額減額認定証」を所持している人はこの申請は必要ありません。)

別記様式第1号

被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請書

大分県知事

殿

年

月

日

(ふりがな) 氏名	-----				明治 大正 昭和	年	月	日生	男・女
住所	〒 電話番号 () -								
被爆者健康 手帳番号	0				介護保険 保険者名称 (市町村名)			介護保険 被保険者 番号	
介護保険制度における訪問介護利用に係る自己負担分について、大分県介護保険等利用原爆被爆者助成事業実施要綱に基づく利用助成を受けたいので利用資格を認定してください。									
※ 1 世 帯 の 状 況	生計 中心者	氏名	申請者 との 続柄	生年月日	前年の 所得税 課税状況	同居 別居	別居の場合の 住所・電話番号		
			本人		課税 非課税				
					課税 非課税	同居 別居			
					課税 非課税	同居 別居			
					課税 非課税	同居 別居			
					課税 非課税	同居 別居			

注1 生計中心者に○印をしてください。

2 この申請書には「介護保険の要介護認定等通知書」の写しを添えてください。

(世帯員の状況及び所得税の課税状況について他の証明書を添付する場合は以下の証明は不要です。)

年 月 日

(市町村長)

様

住所
氏名

大分県介護保険等利用原爆被爆者助成事業実施要綱に基づく利用助成の申請に必要なため、上記※1世帯の状況欄に記入した世帯員の状況及び所得税の課税状況の確認をしてください。

なお、確認のため必要がある場合には、私(申請者)及び私の属する世帯員について(市町村長)が税務関係当局に報告を求めることに同意します。このことは私の世帯員の同意を得ています。

※1世帯の状況欄に記入された世帯員の状況及び所得税(証明が困難な場合は住民税に置き換え可)の課税状況は記載のとおり相違ありません。

年 月 日

市町村長

印