

介護保険利用被爆者助成金支給申請書
(償 還 払 用)

山梨県知事

殿

令和 年 月 日

山梨県介護保険等利用被爆者援護事業実施要綱に基づき、次のとおり助成金を申請します。

請 求 内 容	申請者住所		〒						
	申請者氏名								
	被爆者健康手帳番号								
	介護保険被保険者番号								
	利用施設名								
	利用年月		令和 年 月 利用						
利用者負担額 (詳細はサービス提供明細書のとおり)									
介 護 サ ー ビ ス 種 類	介護老人 社会福祉 入 所	施設サービス							円
		食事の標準負担							円
	短期入所生活介護利用								円
	通所介護利用								円
	訪問介護利用								円
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用								円
	小規模多機能型居宅介護利用								円
	複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護) 利用								円
	共同生活介護利用								円
	申請金額 (合計)								円

◎利用料の領収書及びサービス提供明細書を添付する。下記の口座に支払ってください。

金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			支 店
預貯金別	当座 普通	口座番号		
フリガナ 氏 名				