

介護保険利用被爆者助成金支給申請書(平成 年 月分)

熊本県知事 様

平成 年 月 日

(ふりがな) 氏 名	印		明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女
	〒			被爆者健康手帳番号	
居 住 地	電話( ) -				
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でください。)		円	
利用した サービス の内容	介護サービス種類		日数(日間)	金額(円)	
	訪問介護		11		
	旧介護予防訪問介護		61		
	第1号訪問事業		A1・A2		
	介護老人福祉施設入所		51		
	地域密着型介護老人福祉施設入所		54		
	通所介護		15		
	地域密着型通所介護		78		
	短期入所生活介護		21		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		76		
	小規模多機能型居宅介護		73・68		
	複合型サービス		77・79		
	認知症対応型通所介護		72		
	旧介護予防通所介護		65		
	介護予防短期入所生活介護		24		
	介護予防認知症対応型通所介護		74		
	介護予防小規模多機能型居宅介護		75・69		
第1号通所事業		A5・A6			
支払希望機関	金融機関名	支店等名	種別	番号	
			普通 当座		
	フリガナ				
	名 義				

添付書類

- ・該当月分の領収書
- ・介護サービスの内容を記載した書類(介護給付費明細書(レセプト)の写等)

県受付印

(保健所又は健康づくり推進課)

--

養護老人ホーム等入所費用負担被爆者助成金支給申請書(入所者用)

(平成 年 月分)

氏名 (ふりがな)			明治	年 月 日生	男・女
	氏名	印	大正 昭和		
居住地	〒			被爆者健康手帳番号	
	電話( ) -				
入所期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
費用徴収額	円		※ 支給決定額 (この欄は記入しないでください。)	円	
施設の名称及び所在地	(所在地) (名称)				
支払希望機関	金融機関名		支店等名	種別	番号
				普通 当座	
	フリガナ				
	名義				

※ この申請書に①該当月分の領収証を添付してください。

平成 年 月 日

住所

申請者

氏名

印

熊本県知事 様

県受付印  
(保健所又は健康づくり推進課)

--