

※注：介護保険法における「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

訪問介護利用被爆者助成受給資格認定申請書

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
	〒						
居住地	電話番号 [自宅]		[携帯]				
被爆者健康手帳番号			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、熊本県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づく助成金を受けたいので、利用資格の認定を申請します。							
※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	M T S H . .	課税 非課税	/	
				M T S H . .	課税 非課税	同居 別居	
				M T S H . .	課税 非課税	同居 別居	
				M T S H . .	課税 非課税	同居 別居	
				M T S H . .	課税 非課税	同居 別居	

※1 生計中心者に○印をしてください。

添付書類

- ・ 介護保険の「要介護認定通知書」又は「介護保険被保険者証」の写し
- ・ 世帯全員の「市・県民税所得・課税証明書」(収入・所得控除の内訳がわかるもの)

訪問介護利用被爆者助成受給者証

ふりがな		生年月日	性別
氏名			
被爆者健康 手帳番号		認定番号	
居住地			
認定期間	～		
介護保険 被保険者番号		保険者名	要介護度

熊本県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱第3の1の(1)に基づく支給対象者であることを認定します。

平成 年 月 日

熊本県知事

印

注意事項

- 1 この制度で利用できるサービスは、介護保険の居宅介護(支援)サービス又は特例居宅介護(支援)サービスにおける訪問介護です。
 - 2 介護保険で訪問介護のサービスを受けるときは、必ず事前に、この証書と被爆者健康手帳を事業者に提示してください。
 - 3 受給資格がなくなったとき、又は有効期限に至ったときは、すぐにこの証書を熊本県に返還してください。
また、県外に転出した際は、この証書を添えて熊本県に届け出てください。
 - 4 この証書の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証書を添えて、熊本県に届け出てください。
- この証書の返還や各種届先
 熊本市内にお住まいの方：熊本県健康づくり推進課
 熊本市以外の県内にお住まいの方：熊本県内の管轄保健所

訪問介護利用被爆者助成受給者証記載事項変更届

私が所持する「訪問介護利用被爆者助成受給者証」の記載事項について、下記のとおり変更してください。

記

1 変更事項

(1) 変更する事項(該当するものを○で囲んでください。)

氏名・居住地・介護保険被保険者番号・保険者名・要介護度

(2) 変更内容

変更後 :

変更前 :

2 変更理由

平成 年 月 日

住所

氏名

印

被爆者健康手帳番号 []

熊本県知事 様

備考

添付書類

- ・ 変更の事実を証明する資料
(住民票の写し、戸籍謄本等、要介護認定の通知書 等)

