

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

山梨県知事

殿

令和 年 月 日

介護保険制度における居宅介護（支援）サービスまたは特例居宅介護（支援）サービスの訪問介護に係る自己負担分について、山梨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の支給を受けるため認定証の交付を申請します。

また、下記の記載内容またはこの申請に係る添付書類に関して、市町村及び税務関係機関等へ照会・調査されることについて同意します。

1 申請者						
ふりがな 氏 名					男・女	
生 年 月 日			M・T・S 年 月 日 生			
住 所			〒			
電 話 番 号						
被爆者健康手帳番号						
介護保険保険者名称						
介護保険被保険者番号						
2 申請者（被爆者）の世帯の状況						
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 及び電話番号
			M・T・S			
			M・T・S			
			M・T・S			
			M・T・S			
			M・T・S			

- 1 戸籍謄本と健康保険証に記載されている世帯員を全員記載してください。
- 2 生計中心者に○印を付けてください。
- 3 添付書類 ①要介護認定等通知書写し ②住民謄本 ③健康保険証の写し  
④生計中心者の源泉徴収票写しまたは確定申告（本人控え等）  
⑤生活保護受給者の場合は生活保護受給証明書