様式１

訪問介護利用被爆者助成認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　福井県知事　様

　介護保険制度における居宅サービス又は介護予防サービス（特例居宅介護サービス費又は特例介護予防サービス費の対象となるものも含む）の訪問介護に係る自己負担分について、北海道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、認定書の交付を申請します。

|  |
| --- |
| 　１　申請者 |
| ふりがな |  | 男　・　女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　明治・大正・昭和　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  （　　　　） |
| 被爆者健康手帳番号 |  |
| 介護保険保険者名 |  | 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・電話番号 |
|  |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　．　　． | 課　税非課税 | 同居別居 |  |
|  |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　．　　． | 課　税非課税 | 同居別居 |  |
|  |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　．　　． | 課　税非課税 | 同居別居 |  |
|  |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　．　　． | 課　税非課税 | 同居別居 |  |
|  |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　．　　． | 課　税非課税 | 同居別居 |  |
|  |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　．　　． | 課　税非課税 | 同居別居 |  |
|  |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　．　　． | 課　税非課税 | 同居別居 |  |
| 　※税務関係機関等調査照会承諾欄 　福井県知事　様 私、及び私の世帯に関する上記の記載内容、また、この申請に係る添付書類に関して、必要があると　　きは、市町村及び税務関係機関等へ調査、照会されることについて同意します。 令和　　年　　月　　日 申請者　住所 氏名 |

 １　住民票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)　住民票（世帯全員のもの）

　 (2)　介護保険の保険者から「訪問介護利用者負担額減額認定証」の交付を受けている方

　　　　「訪問介護利用者負担額減額認定証」の写し

 (3)　「訪問介護利用者負担額減額認定証」をお持ちでない方

　　　・　源泉徴収票の写し（給与所得者の場合）

　　　・　所得税確定申告書（本人控）の写し又は納税証明書（事業所得者の場合）

　　　・　いずれもない場合は住民税課税証明書