介護保険利用被爆者助成金支給申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　福井県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問介護利用被爆者助成事業認定書番号 | － |

北海道介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づき、次のとおり助成金の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  内  容 | 申請者氏名 |  | | | | | | | | | | | 男 ・ 女 |
| 申請者住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | |
| 利用施設名 |  | | | | | | | | | | | |
| 利用年月 | 令和　　　年　　　月　利用 | | | | | | | | | | | |
| 介護サービスの種類 | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | |
| 介護老人福祉施設  利用被爆者助成事業 | □介護老人福祉施設 | | | | | | | | | 円 | | |
| □地域密着型護介護老人福祉施設 | | | | | | | | | 円 | | |
| □養護老人ホーム等 | | | | | | | | | 円 | | |
| □認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| 通所介護  利用被爆者助成事業 | □通所介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □介護予防通所介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □地域密着型通所介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □第1号通所事業(介護予防･生活支援サービス通所型) | | | | | | | | | 円 | | |
| 短期入所生活介護  利用被爆者助成事業 | □短期入所生活介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □介護予防短期入所生活介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| 小規模多機能型居宅介護等  利用被爆者助成事業 | □小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □複合型サービス  （看護小規模多機能型居宅介護） | | | | | | | | | 円 | | |
| 訪問介護  利用被爆者助成事業 | □訪問介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □介護予防訪問介護 | | | | | | | | | 円 | | |
| □第1号訪問事業(介護予防･生活支援サービス訪問型) | | | | | | | | | 円 | | |
| 申請金額（合計） | | | | | | | | | | 円 | | |
| 支給決定額 （道において記入します） | | | | | | | | | | 円 | | |
| ※　上記申請に係る利用の明細は別添「介護給付費明細書」のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 支　払　希　望　金　融　機　関 | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名（支店名） | | 口座種別・番号 | | | | | | | | | | 口座名義人(ｶﾀｶﾅ) | |
| (　　　　　　　 ) 本支店・出張所 | | 普通 | № |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| ※　申請書には支払った利用料の領収書と介護給付費明細書を　　添付すること。  ※　介護サービスの種類は該当するものの□にを入れること。 | | | | | | | | 保健所収受印 | | | | | |
|  | | | | | |