

(注：介護保険における「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。)
 (様式第1号)

訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定申請書

年 月 日

静岡県知事 様

介護保険制度における訪問介護、介護予防訪問介護又は第1号訪問事業利用に係る自己負担について、「静岡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交付を申請します。

1 申請者

ふりがな		明治	年	月	日生	男・女
氏名	④ (自署の場合は押印不要)	大正				
住所	〒 電話 () -					
被爆者健康手帳番号 (受給者番号)	介護保険保険者名称	介護保険被保険者番号				
	市・町					

2 申請者（被爆者）の世帯の状況

生計中心者	氏名	申請者の続柄	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		課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	

注1) 住民票と健康保険証(所得の証明書に世帯の記載がある者も含む)に記載されている世帯員を全員記載してください。

注2) 生計の中心者に○を付けてください。

注3) 添付書類

- ①介護保険の要介護認定等通知書(写)又は介護保険被保険者証(写)、②住民票(謄本)、③健康保険証(写)、④生計中心者の「源泉徴収票」、「所得税確定申告(控)等」又は「生活保護受給証明書」のいずれか一つ。