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

岡山県知事　様

　 　　　 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被爆者名 | | | | | | | | | | | | | 明治  大正　　年 月 日生  昭和 | | | | | | | | | 男・女 | | | | |
| 住　　所 電話（ ） － | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被爆者健康  手帳番号 | |  |  |  |  |  |  |  | 介護保険保険者名  （市　町　村　名） | | |  | | 介護保険  被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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  介護利用に係る自己負担分について、岡山県原爆被爆者介護保険利用助成事業実施要綱に基づく  利用助成をうけたいので利用資格を認定してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | 生　計  中心者 | | 名　　　　　前 | | | | | | 申請者  の続柄 | 生年月日 | 前年の住民税  課税状況 | | | | 同居  別居 | 別居の場合の住所・電話番号 | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | 本人 |  | Ａ・Ｂ・Ｃ | | | |  |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  |  | Ａ・Ｂ・Ｃ | | | | 同・別 |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  |  | Ａ・Ｂ・Ｃ | | | | 同・別 |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  |  | Ａ・Ｂ・Ｃ | | | | 同・別 |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  |  | Ａ・Ｂ・Ｃ | | | | 同・別 |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  |  | Ａ・Ｂ・Ｃ | | | | 同・別 |  | | | | | | | | | | |

Ａ：市町村民税非課税、Ｂ：均等割のみ課税、Ｃ：均等割及び所得割課税

　注：１生計中心者に○印をしてください。

　 ２この申請書には、「介護保険の要介護認定等通知書」の写しを添えてください。

（世帯員の状況及び住民税の課税状況について他の証明書を添付する場合は以下の証明は不要です。）

　　 年　　月　　日

（市町村長） 様

住所

名前

岡山県原爆被爆者介護保険利用助成事業実施要綱に基づく申請に必要なため、上記「世帯の状況」

欄に記入した世帯員の状況及び住民税（市町村民税）の課税状況の確認をしてください。

なお、確認のため必要がある場合には私（申請者）及び私の属する世帯員について（市町村長）が

税務関係当局に報告を求めることに同意します。又、証明に必要な事項について、一切を市町村長に

委任いたします。このことは私の世帯員の同意を得ております。

|  |
| --- |
| 「世帯の状況」欄に記入された世帯員の状況及び住民税の課税状況は、記載のとおり相違ありません。  　　　　　　年　　月　　日  市町村長 　　 印 |

注：世帯の生計中心者に住民税が課税されていても、所得税が非課税である方は、

確定申告の写し等、所得税非課税であることが証明できる書類を添付ください。