別記様式第1号

償還払用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護老人福祉施設等入所被爆者助成金支給申請書  （令和　　　年　　　月分）   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | フリガナ  被爆者氏名  （申請者名） |  | | | 被爆者健康手帳番号 | | | | |  | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　 　月　 　日 | | | 性別 | | 男　・　女 | | | | 住　　所 |  | | | | | | | | 保険者名  （市町村名） |  | | 被保険者  番　　号 | |  | | | | 入所施設名 |  | | | | | | | | 入所期間  令和　　　年　　月　　日から  令和　　　年　　月　　日まで | | 入所日数  日間 | 自己負担  　　　　　　　　円 | | | | 合　　　計  　　　　　　　　　円 | | 岡 山 県 知 事 様  上記のとおり、関係書類を添えて介護老人福祉施設等入所被爆者助成金の支給を申請します。なお、この申請について必要があるときは、被爆者の介護保険利用料や高額介護サービス費等の情報について、介護専門事業者、保険者及び公費負担実施主体等に調査することに同意します。  令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |  * この申請書に該当月分の領収書及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付してください。   振込口座（助成金を次の口座に振り込んでください）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 振 込 先  金融機関 | 銀行 | | 支店 | | フリガナ  名義人 |  | | 当座・普通 | 口座番号 | |  |   ※名義人は申請者と同一人物であること。 |