別記様式第２号

 償還払用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通所介護・短期入所生活介護等利用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 | 市　　　　　（電話番号　　　－　　　　－　　　　　　）　　　　　　町　　　　　　村 |
| 保険者名（市町村名） |  | 被保険者番　　号 |  |
| 利用サービス※該当サービスを選択してください。 | □通所介護　□短期入所生活介護　□地域密着型通所介護□定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□小規模多機能型居宅介護　□複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）□認知症対応型共同生活介護 |
| 利用施設名 | 利用期間令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで | 利用月数　　　　　　月間 | 申請額円 |
| 利用日数日間 |
| 岡 山 県 知 事 様上記のとおり、関係書類を添えて通所介護・短期入所生活介護等利用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。 |