

別記様式第5号

(償還払い用)

被爆者訪問介護保険利用助成金支給申請書(年 月分)

大分県知事

殿

年 月 日

(ふりがな) 氏 名			明治							男・女
			大正	年	月	日生				
居 住 地	〒		被爆者手帳番号							
	TEL		-	-						
保険者名称 (市町村名等)			介護保険被保険者番号							
申 請 額			* 支給決定額							
	円		(この欄は記入しない)			円				
振込口座			銀行	本店						
			金庫	支店						
			農協	出張所						
預金種別	普通 当座		口座番号							
名義人										

※この申請書に当該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。

※「訪問介護利用者負担額減額認定証」所持者は写しを添付して下さい。

※申請書は、必ず管轄の保健所(部)(ただし、大分市在住の方については、健康づくり支援課)に提出してください。

保健所受付印