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。 |