

被爆者訪問介護等利用助成受給資格認定申請書

令和 年 月 日

ふりがな			明治			男・女
被爆者名			大正	年 月 日生	昭和	
住所	〒 TEL ( )					
被爆者健康手帳番号	介護保険保険者名(市町名)		介護保険被保険者番号			

介護保険制度における訪問介護、旧介護予防訪問介護又は第1号訪問事業（サービス種類コードA1及びA2に限る）に係る自己負担分について、山口県原子爆弾被爆者援護要綱に基づく利用助成を受けたいので利用資格を認定してください。

※一世帯の状況	生計中心者	名前	申請者との続柄	生年月日	前年の所得税課税状況	同居別居	別居の場合の住所・電話番号
				本人		課税 非課税	
					課税 非課税	同居 別居	
					課税 非課税	同居 別居	
					課税 非課税	同居 別居	
					課税 非課税	同居 別居	

注1 生計中心者に○印をしてください。

注2 住民票に記載されている世帯員を全員記載してください。

山口県知事 様

私(申請者)及び私の属する世帯員について、上記の内容、また、この申請にかかる添付書類に関して、市町及び税務関係機関等への調査・照会されることについて同意します。

令和 年 月 日

(申請者)

住所

氏名

(添付書類)

- ① 世帯全員の「住民票」
- ② 申請者の「介護保険被保険者証」または「要介護認定等通知書」の写し
- ③ 世帯全員の「住民税の課税証明書」  
生活保護世帯の場合は、「生活保護受給証明書」の写し
- ④ その他