

償還払用

☐訪問介護

被爆者

☐旧介護予防訪問介護

利用助成金支給申請書

☐第1号訪問事業

(サービス種類コードA1及びA2)

(令和 年 月分)

フリガナ			被爆者健康手帳番号				
被爆者名							
保険者名称 (市町名)		介護保険 被保険者番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
住所	〒					TEL	()
申請額			円				
山口県知事 様							
上記のとおり、関係書類を添えて被爆者訪問介護(旧介護予防訪問介護・第1号訪問事業)利用助成金の支給を申請します。							
令和 年 月 日							

※ 該当する介護サービスの口欄に✓を記載してください。

※ 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。

振込口座（助成金を次の口座に振り込んでください。）

口座振替 依頼欄	銀行		本店		種目	普通預金					
	信用金庫		支店		口座番号						
	信用組合		出張所								
	農業協同組合										
	漁業協同組合										
	金融機関コード		店舗コード								
フリガナ											
口座名義人											

※ 申請者本人の名義の口座にしてください。