

被爆者

通所介護
 旧介護予防通所介護
 通所介護
 認知症対応型通所介護
 介護予防認知症対応型通所介護
 第1号通所事業
(サービス種類コードA5及びA6に限る)

利用助成金支給申請書

(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通所介護(旧介護予防通所介護・第1号通所事業)、認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)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。

償還払用

被爆者 短期入所生活介護
 介護予防
 短期入所生活介護
 (令和 年 月 分) 利用助成金支給申請書

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短期入所生活介護(介護予防短期入所生活介護) 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										
	農業協同組合										
	漁業協同組合		出張所								
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。

償還払用

被爆者 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 利用助成金支給申請書

(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)			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					
<p>山口県知事 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて被爆者定期巡回・随時対応型訪問介護看護利用助成金の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p>						

※ この申請書に当該月分の領収書及び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								
	農業協同組合								
	漁業協同組合	出張所							
	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。

償還払用

被爆者 小規模多機能型居宅介護
 介護予防小規模多機能型居宅介護
 利用助成金支給申請書
 (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小規模多機能型居宅介護(介護予防小規模多機能型居宅介護)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。

償還払用

被爆者 複合型サービス 利用助成金支給申請書
(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)			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			
<p>山口県知事 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて被爆者複合型サービス利用助成金の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p>						

※ この申請書に当該月分の領収書及び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。

償還払用

被爆者 介護老人福祉施設入所
 地域密着型介護老人福祉施設入所
 認知症対応型共同生活介護
 介護予防認知症対応型共同生活介護
 (令和 年 月分) 利用助成金支給申請書

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介護老人福祉施設入所(地域密着型介護老人福祉施設入所)、認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症対応型共同生活介護)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。