

(様式第1号)

令和 年 月 日

被爆者介護保険利用助成金支給申請書

沖縄県知事 殿

「沖縄県原子爆弾被爆者福祉対策事業実施要綱」に基づき、被爆者介護保険利用助成金の支給を受けたく、関係書類を添えて申請をします。また、居住市町村又は沖縄県介護保険広域連合に私の高額介護サービス費に係る情報を照会することについて、同意します。

1 申請者

ふりがな 申請者名 (被爆者名)	----- 印	明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女
住 所	〒 (電話番号: - -)			
被爆者健康手帳番号(受給者番号)	介護保険保険者名称	介護保険被保険者番号		
	市・町・村			

2 請求内容

介護サービス種類	利用者負担額		
	月分	月分	月分
訪問介護利用(低所得者のみ申請できます。)	円	円	円
通所介護等利用	円	円	円
短期入所生活介護等利用	円	円	円
小規模多機能型居宅介護等利用	円	円	円
認知症対応型共同生活介護等利用	円	円	円
介護老人福祉施設等利用	円	円	円
月 単 位 の 計	円	円	円
申 請 金 額 (合 計)	円		
支 給 決 定 額 (県 記 入)	※ 円		
※支給決定額は県が記入しますので、記入しないでください。			

注) 請求は月単位で行います。(3ヶ月まとめて請求することもできます。)

- ・訪問介護等利用には介護予防訪問介護利用、第1号訪問事業利用(コードA1, A2に限る)も含まれます。
- ・通所介護等利用には地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防通所介護、介護予防認知症対応型通所介護利用、第1号通所事業利用(コードA5, A6に限る)も含まれます。
- ・短期入所生活介護等利用には介護予防短期入所生活介護利用も含まれます。
- ・小規模多機能型居宅介護等利用には定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス(看護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も含まれます。
- ・介護老人福祉施設等利用には地域密着型介護老人福祉施設利用も含まれます。
- ・認知症対応型共同生活介護利用には、介護予防認知症対応型共同生活介護利用も含まれます。

3 添付書類

- (1) 当該月分の領収証と介護保険のサービスの内容を記載した書類(介護保険の介護給付費明細書又はサービス提供証明書)
- (2) 被爆者訪問介護利用助成受給者資格認定証等の所持者はその写し

※ 被爆者諸手当支給口座への振り込みによる支給となります。