

(様式第2号)

被爆者老人福祉施設入所負担金助成金支給申請書

沖縄県知事 殿

令和 年 月 日

「沖縄県原子爆弾被爆者福祉対策事業実施要綱」に基づき、被爆者老人福祉施設入所負担金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(本・扶)※ 印	※申請者氏名欄の説明 本:費用負担額を納付した被爆者 扶:費用負担額を納付した被爆者の扶養義務者	
申請者住所	〒 (電話番号: - -)		
ふりがな 入所者氏名	明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
被爆者健康手帳番号(受給者番号)※	※被爆者健康手帳番号は老人福祉施設に入所されている方の番号です		

2 請求内容

入 所 施 設 名			
入 所 施 設 所 在 地	〒 (電話番号: - -)		

項 目	月 分	月 分	月 分
1 ヶ月当たり費用負担額	円	円	円
申 請 金 額	円		
支 給 決 定 額 (県 記 入) ※ ※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。	円		

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。)

3 添付書類

入所負担金に係る領収証

※ 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。