

(注：介護保険における「訪問介護利用者負担額減額認定証」を所持している人はこの申請は必要ありません。)

別記様式第1号

被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請書

広島県知事様

令和 年 月 日

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

介護保険制度による居宅(介護予防)サービスにおける訪問介護, 旧介護予防訪問介護又は第1号訪問事業の利用に係る自己負担分について, 広島県原子爆弾被爆者援護措置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。

※1 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 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	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	
				.	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。

2 この申請書には「介護保険の要介護認定等通知書」又は「介護保険被保険者証」の写しを添えてください。

(世帯員の状況及び所得税の課税状況について他の証明書を添付する場合は以下の証明は不要です。)

令和 年 月 日

(市町長)

様

住所
名前

印

広島県原子爆弾被爆者援護要綱に基づく利用助成の申請に必要なため, 上記※1世帯の状況欄に記入した世帯員の状況及び所得税の課税状況の確認をしてください。所得税の課税状況の確認が難しい場合は, 住民税の課税状況の確認をしてください。

なお, 確認のため必要がある場合には私(申請者)及び私の属する世帯員(同一住所で別世帯の者を含む。以下同じ。)について(市町長)が税務関係当局に報告を求めることに同意します。このことは私の世帯員の同意を得ています。

申請者及び申請者の属する世帯員の状況及び所得税・住民税の課税状況は, 記載のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

市町長

印