

介護手当支給申請書

令和 年 月 分

広島県知事様

					令和	年	月	日提出
(ふりがな) 氏名			明治				男・女	
			大正	年	月	日生		
居住地	〒		被爆者健康手帳番号					
			- - - - -					
連絡先	電話番号 ()		- 自宅・ _____ 宅・その他 ()					
申請額	金	円	費用を支出して介護を受けた日数	日	介護に要する費用として支出した費用の額	円		
介護を必要とする障害の状態			別紙診断書のとおり					
介護を受けた場所	1 自宅							
	2 病院又は診療所	〔 名称 _____ 所在地 _____ 〕						
	3 その他	〔 名称 _____ 所在地 _____ 〕						
介護に従事した者	氏名	年齢	本人との続柄	区分				
				1 介護サービス事業者 2 親族 (イ同居 <input type="checkbox"/> 別居) 3 その他 (イ友人 <input type="checkbox"/> 知人)				
				1 介護サービス事業者 2 親族 (イ同居 <input type="checkbox"/> 別居) 3 その他 (イ友人 <input type="checkbox"/> 知人)				
				1 介護サービス事業者 2 親族 (イ同居 <input type="checkbox"/> 別居) 3 その他 (イ友人 <input type="checkbox"/> 知人)				
介護保険サービス利用 (有・無) 介護保険の保険者に対し、高額サービス費等対象の有無を確認することに同意して申請します。 過払金があるときは、介護手当から差し引いて支給されても結構です。								
備考								

記入上の注意

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 31 条ただし書に規定する重度の障害者は、費用を支出して介護を受けた日がない場合でも介護手当の支給を受けることができます。

この場合には、費用を支出して介護を受けた日数の欄及び介護に要する費用として支出した費用の額の欄には 0 と記入してください。

添付書類

この申請書には、次の書類を添えてください。

- 1 介護を必要とする障害についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 19 条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書
- 2 費用を支出して介護を受けた日数及び当該支出した費用の額を証する書類（重度の障害者が費用を支出して介護を受けた日がない月分の介護手当の支給を申請する場合にあっては、その者の介護に従事した者の当該介護の事実についての申立書）