

※注：介護保険法における「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

訪問介護利用被爆者助成受給資格認定申請書

熊本県知事 様

年 月 日

(ふりがな) 氏 名			明治 大正 昭和		年	月	日生
居 住 地	〒 電話番号 [自宅] [携帯]						
被爆者健康手帳番号		介護保険保険者名称 (市町村名)		介護保険被保険者番号			
介護保険制度における訪問介護利用に係る自己負担分について、熊本県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づく助成金を受けたいので、利用資格の認定を申請します。							
※1 世帯の 状況	生計 中心者	氏名	申請者 との 続柄	生年月日	前年の 所得税 課税状況	同居 別居	別居の場合の 住所・電話番号
			本人	M T S . .	課税 非課税	/	
				M T S H . .	課税 非課税	同居 別居	
				M T S H . .	課税 非課税	同居 別居	
				M T S H . .	課税 非課税	同居 別居	
				M T S H . .	課税 非課税	同居 別居	

※1 生計中心者に○印をしてください。

添付書類

- ・ 介護保険の「要介護認定通知書」又は「介護保険被保険者証」の写し
- ・ 世帯全員の「市・県民税所得・課税証明書」(収入・所得控除の内訳がわかるもの)