**滋賀県原爆被爆者介護保険利用公費負担事業　介護費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被爆者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | １ | ９ | ２ | ５ | ６ | ０ | １ | ５ |  |
| 被爆者健康手帳番号 | |  |  |  |  |  |  |  | （※７けたの番号） | |
| 利用した介護保険事業者 | | | | | | | | | | |
|  | 事業者名 |  | | | | | | | | |
| 所 在 地 |  | | | | | | | | |
|  | 利用期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 利用した介護保険  サービスの種類 | |  | | | | | | | | |
| 現物給付を受けること  ができなかった理由 | |  | | | | | | | | |
| 介護保険サービス費 | |  | | | | | | | | |
| ※期間内の介護保険サービス利用費総額を記載してください。 | | | | | | | | |
| 支給申請額 | |  | | | | | | | | |
| ※上記介護保険サービスにかかる自己負担(相当)額。ただし、食費や居住費等、  介護保険の支給対象外となっているものの額は除きます。 | | | | | | | | |

○左記の口座名義人に介護費の

受領を委任します。

申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　印

※支給(振込)先口座の名義人と支給申請

者が異なる場合に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支 給（ 振 込 ）先 | |
| 金融機関名 |  |
| 口座種別 | 普通 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |
| （フリガナ） |  |

滋賀県原爆被爆者介護保険利用公費負担事業による介護費の支給を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

滋賀県知事　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**＜ 必要な添付書類や注意事項については、裏面をご参照ください。＞**

○　公費負担の対象となるサービスは、介護保険法に基づく次のサービスです。

（１）介護老人福祉施設入所

（２）通所介護

（３）短期入所生活介護

（４）訪問介護（世帯の生計中心者が所得税非課税である場合。それ以外

　　　の場合は、別途介護手当の申請を行ってください（支給要件あり））

○　介護費支給申請書には、次の書類を添付してください。

介護保険サービスの利用にあたって生じた自己負担額を証する書類

（例）領収書（※食費や居住費等、介護保険の対象外である金額が含まれている場合は、その内訳がわかるもの）

　　　介護保険サービスの費用明細書　など

|  |
| --- |
| 滋賀県健康医療福祉部健康寿命推進課  TEL：０７７－５２８－３６５３  FAX：０７７－５２８－４８５７ |

**滋賀県原爆被爆者介護保険利用公費負担事業　介護費支給申請書（例）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被爆者 | 氏　　名 | 滋賀　太郎 | | | | | | | | |
| 住　　所 | 滋賀県大津市京町４丁目１－１ | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | １ | ９ | ２ | ５ | ６ | ０ | １ | ５ |  |
| 被爆者健康手帳番号 | | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | （※７けたの番号） | |
| 利用した介護保険事業者 | | | | | | | | | | |
|  | 事業者名 | 社会福祉法人しが介護サービス | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 滋賀県大津市松本１丁目１－１ | | | | | | | | |
|  | 利用期間 | 平成２３年１２月３日　～　平成２４年１１月２０日 | | | | | | | | |
| 利用した介護保険  サービスの種類 | | 通所介護 | | | | | | | | |
| 現物給付を受けること  ができなかった理由 | | 被爆者健康手帳の呈示をしなかったため | | | | | | | | |
| 介護保険サービス費 | | ３００，０００円 | | | | | | | | |
| ※期間内の介護保険サービス利用費総額を記載してください。 | | | | | | | | |
| 支給申請額 | | ２２５，０００円 | | | | | | | | |
| ※上記介護保険サービスにかかる自己負担(相当)額。ただし、食費や居住費等、  介護保険の支給対象外となっているものの額は除きます。 | | | | | | | | |

○左記の口座名義人に介護費の

受領を委任します。

申請者氏名　滋賀　太郎

　　　　　　　　　　　　　印

※支給(振込)先口座の名義人と支給申請

者が異なる場合に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支 給（ 振 込 ）先 | |
| 金融機関名 | 滋賀銀行　県庁支店 |
| 口座種別 | 普通  滋賀 |
| 口座番号 | ０１２３４５６ |
| 口座名義 | 滋賀　花子 |
| （フリガナ） | しが　はなこ |

滋賀県原爆被爆者介護保険利用公費負担事業による介護費の支給を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　２４年　１２月　３日

滋賀県知事　　　　　　　　　　殿

氏　　名　　　　滋賀　　太郎　　　　　　印

滋賀

**＜ 必要な添付書類や注意事項については、裏面をご参照ください。＞**

**委　任　状　　兼　　相　続　人　確　認　書**

平成　　　年　　　月　　　日

滋 賀 県 知 事　殿

故　　　　　　　　　　　　　（被爆者健康手帳番号： 　　　　　　　　－ 　 ）

にかかる介護費支給申請については、同人の民法第887条、889条ならびに890条の規定に基づく全相続人が次のとおりであることを確認するとともに、下記の者にその請求および受領の権限を委任します。

［ 相 続 人 ］

①　住　　所

　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印　（続柄：　　）

②　住　　所

　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印　（続柄：　　）

③　住　　所

　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印　（続柄：　　）

④　住　　所

　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印　（続柄：　　）

⑤　住　　所

　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印　（続柄：　　）

記

［ 受 任 者 ］

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

※相続人欄が不足する場合は、適宜 裏面に記載する、別紙を添付する等してください。