

年 月 日

低所得被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請結果
送 付 ・ 確 認 (いずれかを○で囲む)
同 意 書

長崎市長 様

【申請者】 住所 長崎市 町 番 号
丁目 番地

氏名

電話番号 ()

低所得被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請に関して、
結果を下記 〔 へ送付
が確認 〕 することに同意します。
(いずれかを○で囲む)

※以下どちらか該当する方にご記入ください。

【事業所】 住所 長崎市 町 番 号
丁目 番地

事業所名

代表者名

電話番号 ()

【その他】 住所 長崎市 町 番 号
丁目 番地

氏名

(被爆者との関係：)

※ 低所得被爆者訪問介護利用助成受給者証のご本人による提示確認が難しい場合にのみ、
低所得被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請書に添付してください。