

介護保険利用助成金支給申請書

訪問介護(低所得被爆者)・通所介護・短期入所生活介護・認知症対応型通所介護
 小規模多機能型居宅介護・旧介護予防訪問介護/訪問型サービスみなし(A1)/訪問型サービス独自
 (A2)(低所得被爆者)・旧介護予防通所介護/通所型サービスみなし(A5)・通所型サービス独自(A6)
 介護予防短期入所生活介護・介護予防認知症対応型通所介護
 介護予防小規模多機能型居宅介護・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
 定期巡回・随時対応型訪問介護看護・地域密着型通所介護
 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護老人福祉施設
 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

※該当するものを○で囲んでください。

(令和 年 月 分)

フリガナ			被爆者健康手帳番号					
氏 名								—
被 保 険 者 番 号			生年月日		明・大・昭 年 月 日生			
住 所	長崎市 町 丁目		番 号 番地 (電話番号 — —)					
償還払いと なった理由								
利用事業者名			利用日数 日間		申請額 円			
(あて先) 長 崎 市 長 上記のとおり、関係書類を添えて介護保険利用助成金の支給を申請します。 必要な場合、介護保険給付額・高額介護サービス費負担上限額について、介護保険被保険者証 の発行市町村に確認することに同意します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号 (— —)								

※この申請書に、当該月分の領収書及び介護サービスの内容を記載した書類等を添付してください。

※訪問介護・介護予防訪問介護は、「低所得被爆者受給者証」を添付してください。

※健康管理手当等を受給されている口座に振り込みます。

上記以外の口座振込みの場合

銀行

支店 普 通 口座番号