

(注：介護保険における「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)

## 被爆者訪問介護利用助成受給者資格認定申請書

沖縄県知事 殿

令和 年 月 日

介護保険制度における居宅介護（支援）サービス又は特例居宅介護（支援）サービスの訪問介護に係る自己負担について、「沖縄県原子爆弾被爆者福祉対策事業実施要綱」に基づき、助成金の支給を受けたく、被爆者訪問介護利用助成受給者資格認定証の交付を申請します。

### 1 申請者

ふりがな 氏名	----- 印	明治 大正 昭和	年	月	日生	男・女
住 所	〒 (電話番号： - - )					
被爆者健康手帳番号(受給者番号)	介護保険保険者名称	介護保険被保険者番号				
	市・町・村					

### 2 申請者（被爆者）の世帯の状況

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	/	課税 非課税	/	/
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	
				課税 非課税	同居 別居	

注1) 住民票に記載されている世帯員を全員記載して下さい。

注2) 生計の中心者に○を付けて下さい。

### 3 添付書類

① 介護保険の要介護認定等通知書(写) ② 世帯全員の住民票(謄本) ③ 健康保険証(写) ④ 生計中心者の「源泉徴収票」、「所得税確定申告(控)」等、生活保護受給者の方は「生活保護受給証明書」

※税務関係機関等調査照会承諾欄	令和 年 月 日
沖縄県知事 殿	
私、及び私の世帯に関する上記の記載内容、また、この申請に係る添付書類に関して、市町村及び税務関係機関へ調査、照会されることについて同意します。このことは私の世帯員の同意を得ています。	
申請者 住所	
氏名	印