（注：介護保険における「訪問介護利用者負担減額認定証」を所持している人はこの申請は必要ありません。）

（様式第３号）

訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定申請書

　　年　　月　　日

長野県知事　殿

介護保険制度における居宅介護サービス・特例居宅介護サービス・介護予防サービス・特例介護予防サービスの訪問介護に係る自己負担について、「長野県介護保険等利用被爆者助成事業実施要領」に基づく助成金の支給を受けるため認定証交付を申請します。

１　申請者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | |  | | | | | | 明治  大正　　　年　　月　　日生  昭和 | | | | | | | | 男・女 | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | |
| 住所 | | | | 〒  電話（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被爆者健康手帳番号 | | | | | | | | | 介護保険保険者名称 | | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 |  | |  |  | ― |  | 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 |  |
|  |  |  |  | 課税  非課税 | 同居  別居 |  |
|  |  |  |  | 課税  非課税 | 同居  別居 |  |

注１）住民票と健康保険証(所得の証明書に世帯の記載がある者も含む)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。

注３）添付書類

①介護保険の要介護認定等通知書（写）又は介護保険被保険者証（写）、②住民票（謄本）、③健康保険証（写）、④前年の所得（１月から５月までの間に助成を受ける場合にあっては、前々年の所得）を明らかにすることができる書類。「源泉徴収票の写し」、「確定申告（本人控え等）」、「納税証明書」、「市（町村）民税県民税証明書」又は「生活保護受給証明書」のいずれか一つ

⑤寡婦、寡夫又は未婚のひとり親の場合は、戸籍謄本

|  |
| --- |
| ※税務関係機関等調査照会承諾欄  　　年　　月　　日  長野県知事　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 |