

## 被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請書

愛媛県知事様

年 月 日

(フリガナ) 氏名			明治 大正 年 月 日生 昭和				
居住地	郵便番号 -  電話番号 ( ) -		被爆者健康 手帳の番号				
保険者名称 (市町村名等)			介護保険 被保険者番号				
介護保険制度における訪問介護、介護予防訪問介護又は第1号訪問事業（サービス種類コードA1及びA2に限る）利用に係る自己負担分について、愛媛県被爆者介護保険等利用助成事業実施要綱に基づく利用助成を受けたいので、利用資格を認定してください。							
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	

注意1 生計中心者に○印をしてください。

2 この申請書には、次の書類を添えてください。

- (1) 介護保険被保険者証の写し又は介護保険の要介護認定等通知書の写し
- (2) 世帯の生計中心者が所得税非課税であることが分かる書類（次のア又はイ）
  - ア 生活保護を受けている場合は、生活保護受給者証明書
  - イ ①世帯の状況が分かるもの
    - ・世帯全員の住民票など(マイナンバーの記載は不要です)
  - ②生計中心者が所得税非課税であることが分かる書類
    - ・確定申告書の本人控え又は所得税の納税証明書、源泉徴収票の写し、市町村民税の課税状況証明書など