

介護手当支給申請書(年 月分)

愛媛県知事

殿

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居 住 地	〒 - 電話番号() -	被爆者健康 手帳の番号	
申 請 額	金 円	費用を支出 して介護を 受けた日数	日 円 介護に要する 費用として支出 した費用の額
介護を必要とする障害の状態		別紙診断書のとおり	
介護を受けた場所		1 自宅 2 その他 (名称 所在地)	
介 護 に 従 事 し た 者	名称又は氏名	所在地又は住所	本人との続柄 (親族の み) 区 分
			1 介護サービス事業者 2 親 族 (イ 同居 ロ 別居) 3 その他 ()
			1 介護サービス事業者 2 親 族 (イ 同居 ロ 別居) 3 その他 ()
			1 介護サービス事業者 2 親 族 (イ 同居 ロ 別居) 3 その他 ()
備 考			

金 融 機 関 名		預金 種目	口 座 番 号
金 融 機 関	支 店(所)		
		③	

(裏面参照)

(裏面)

記入上の注意

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 31 条ただし書に規定する重度の障害者は、費用を支出して介護を受けた日が無い場合でも介護手当の支給を受けることができます。この場合には、費用を支出して介護を受けた日数の欄及び介護に要する費用として支出した費用の額の欄には 0 と記入してください。

添付書類

この申請書には、次の書類を添えてください。

- 1 介護を必要とする障害についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 19 条の規定による指定を受けた病院又は診療所（被爆者一般疾病医療機関）の医師又は歯科医師の診断書
- 2 費用を支出して介護を受けた日数及び当該支出した費用の額を証する書類（重度の障害者が費用を支出して介護を受けた日が無い月分の介護手当の支給を申請する場合にあっては、その者の介護に従事した者の当該介護の事実についての申立書）