

(様式第7号)

## 養護老人ホーム等入所被爆者助成金支給申請書

令和 年 月 日

千葉県知事様

千葉県介護保険等利用被爆者援護事業実施要綱に基づき、次のとおり助成金を申請します。

### 1 申請者

ふりがな		明治				
氏名		大正	年	月	日生	男・女
		昭和				
住所	〒					
					電話	
ふりがな		明治				
氏名(入所者)		大正	年	月	日生	
		昭和				
入所施設名						
入所施設所在地						
被爆者健康手帳番号(受給者番号)						

\*申請者氏名欄 本人、扶養義務者どちらかに○をつけてください。  
本 人：費用負担額を納付した被爆者  
本 人：費用負担額を納付した被爆者の扶養義務者

### 2 請求内容 (請求は、月単位ですが、3ヶ月まとめた請求もできます。)

項目	月分	月分	月分
1箇月当たりの費用負担額	円	円	円
申請金額(合計)			円
支給決定額 (支給決定額は、県が記入)			円

### 3 添付書類

・領収書

### 4 支払希望機関 (口座名義人は、本人に限る。)

金融機関名	預金種別	口座番号
銀行 信金 農協 支店	普通 当座	