

訪問介護利用助成受給資格認定証交付申請書

東京都知事 殿

東京都原子爆弾被爆者介護保険利用等助成事業実施要綱に基づく訪問介護利用助成受給資格認定について、下記のとおり申請します。

年 月 日

申 請 者

(ふりがな) 氏 名										
生年月日	年 月 日									
住所・日中連絡がとれる 電話番号	日中連絡がとれる電話番号 ()									
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										

申請者（被爆者）の世帯状況

生 計 中心者	(ふりがな) 氏 名	続柄	生年月日	前年の 課税状況	同居 別居	別居の場合 (住所・電話番号)
			明 大 昭 ・ ・	課 税 非課税	同・別	
			明 大 昭 ・ ・	課 税 非課税	同・別	
			明 大 昭 ・ ・	課 税 非課税	同・別	
			明 大 昭 ・ ・	課 税 非課税	同・別	
			明 大 昭 ・ ・	課 税 非課税	同・別	

- 1 住民票と健康保険証に記載されている世帯員全員を記入してください。
- 2 生計中心者に○印を付けてください。
- 3 添付書類

① 世帯全員の住民票 ② 介護保険被保険者証（写し）

③ 生計中心者の源泉徴収票、所得税確定申告本人控え（写し）、住民税の非課税証明書または生活保護受給者証明書のうちいずれか一つ
- ※ なお、申請内容に疑義が生じた際は、個人情報保護条例に基づき、都が区市町村及び税務関係機関への調査・照会する場合があります。