**介護手当支給申請書**（　　　　年　　　月分）

様式第二十六号（第六十五条関係）

㊲

大阪府知事　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 〒 |
| 公費負担者番号 | 1 | 9 | 2 | 7 | 6 | 0 | 1 | 3 | 連絡先(電話番号) | 自宅(　　　 　)　　 － 　　－ 　　番 携帯(　　　 　)呼出( 　　 方) |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請額 | 金 |  |  |  | 円 | 費用を支出して介護を受けた日数 | 日 | 介護に要する費用として支出した費用の額 | 　　　　　　　　円 |
| 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　　　宅名　称所在地2.　病院又は診療所名　称所在地3.　そ　の　他 |
| 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（　　　　　　　　　　） |
| 保健所受付欄 | 備　考○　身体障害者手帳（　有　　　級・　無　） |

記入上の注意と添付書類については、裏面に記載してあります。よく読んでください。

㊲

（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の医師又は歯科医師の診断書（介護手当用㊴）

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（領収書（介護手当用㊶））（重度の障害者が費用を支出して介護を受けた日がな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㊵）