(様式第１号)

**訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定申請書**

　　 年　　月 　　日

大阪府知事　様

介護保険制度における居宅介護サービス・特例居宅介護サービス、介護予防サービス・特例介護予防サービスの訪問介護に係る自己負担について、「大阪府原子爆弾被爆者介護保険利用等助成事業実施要綱」に基づく助成金の支給を受けるため認定証の交付を申請します。

**１　申請者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 | 　 | 明治 大正 　　年　 　月 　　日生昭和 　　　　　　　　　（満　　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　）　　　　― |
| 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 |
|   | 市・町・村 |  |

**２　申請者（被爆者）の世帯の状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 明治大正昭和 | 年　　月　　日 | 課　税非課税 | ― | ― |
|  |  | 明治大正昭和平成 | 年　　月　　日 | 課　税非課税 | 同居別居 |  |
|  |  | 明治大正昭和平成 | 年　　月　　日 | 課　税非課税 | 同居別居 |  |
|  |  | 明治大正昭和平成 | 年　　月　　日 | 課　税非課税 | 同居別居 |  |

注１）住民票（世帯全員と記載されたもの）と健康保険証(所得の証明書に世帯の記載がある者も含む)に記載されている世帯員を全員記載して下さい。

|  |
| --- |
| ※税務関係機関等調査照会承諾欄 　　年 　　月 　　日　大阪府知事 様 私、及び私の世帯に関する上記の記載内容、また、この申請に係る添付書類に関して疑義があるときは、市町村及び税務関係機関へ調査、照会されることについて同意します。このことは私の世帯員の同意を得ています。 申請者 　住所 氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

注２）添付書類　 ①住民票（世帯全員と記載されたもの）、②健康保険証の写し、③申立書（後期高齢者医療被保険者証の方のみ）、④世帯員全員の所得状況（所得税が非課税であること）を証明する書類（「生活保護受給証明書」又は、申請年度の「市民税・府民税（所得・課税）証明書」のいずれか）、⑤税務署に確定申告書を提出した場合はその写し、⑥介護保険の被保険者証の写し