

介護手当付加金支給申請書

(兼口座振替依頼書)

広島市長

令和 年 月 日提出

ふりがな	被爆者健康手帳番号							明治	男・女
氏名							大正 年 月 日生		
							昭和		
居 住 地 広島市 区 町 丁目 番 号 (方) 番地								電 話 () —	
申請の 内 容	月々の介護費用、介護日数及び介護手当に応じて算定し、支給してください。								
口座振替を希望する 金融機関名及び口座番号			介護手当と同じ。						
私の手当は、上記の金融機関の口座に振り替えてください。 私が受給すべきでない手当が振り込まれたものについては、口座から払い出されても異議ありません。									
備考									

この申請書は、介護費用を支払った方が、介護手当を新規に申請する際に併せて提出してください。

※介護手当の支給額を超えていない場合でも提出してください。

※新規の申請時に一度提出すれば、以降は提出する必要はありません。

◎ 以下の欄は記入しないでください。

受 付 印	決 定		決 裁		
	1 認 定		令和 年 月 日		
	2 却 下 ()		係	係 長	課 長