

介護手当支給申請書 【令和 年 月分】

(兼口座振替依頼書)

(申請先) 広島市長

● 申請者(被爆者)は太枠内をご記入ください。

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 | |
| 居住地 | 広島市 区 | | | | 連絡先 () | | | () 方 | | |
| 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 別表第2第()号に該当 別表第3第()号に該当 | 介護場所 | 1 自宅 | [名称 所在地] | | | | | | |
| 別紙診断書のとおり | | | 2 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(ア同居 イ別居) 3 その他() | | | | | | |
| | | | | 1 介護サービス事業者 2 親族(ア同居 イ別居) 3 その他() | | | | | | |
| | | | | 1 介護サービス事業者 2 親族(ア同居 イ別居) 3 その他() | | | | | | |
| 振込先 | 1か2に○をつける | 1 現在受給中の介護手当の振込先と同じ口座(下欄の記入は不要です。) 2 新規申請または1以外の金融機関口座(下欄に記入してください。) | | | | | | | | |
| | 金融機関名 | 店 舗 名 | | | 金融機関コード [空欄でも可] | | 店 番 | | | |
| | 口座名義(カナ) 【申請者名義の口座に限ります】 | | | | 普通預金口座番号 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| ◎ 介護手当の受給資格の認定のために必要があるときは、私の疾病の状態について、広島市が医療機関に照会等を行うことに同意します。 ◎ 介護手当の支給に関し、介護サービス事業者等に費用の額及び内容等について確認することに同意します。 ◎ 介護保険担当課等に対し、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費及び高額障害福祉サービス費等対象の有無及び額並びに介護予防・日常生活支援総合事業に係る情報を確認することに同意します。 ◎ 介護手当が過払いとなっている場合は、この申請により支給される介護手当から差し引いて支給されても異議はありません。 ◎ 申請内容に直接影響のない軽微な誤記があった場合、広島市が訂正を行うことを承諾します。 | | | | | | | | | | |

【確認欄】▼以下は記入しないでください。 *申請時に必要な書類等を裏面に記載しています。

| | | | | | |
|------------|-------------------|---|-----|------|----|
| 受付印 | 申請者(被爆者)本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 手当証書 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証等 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他(裏面書類 NO.) | 確認者 | | |
| | 代理人(提出・受領者)本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他(裏面書類 NO.) <input type="checkbox"/> 資格を証する書類 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任状[別添] | | | |
| | 窓口提出者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 使者 | | | |
| 原爆被害対策部使用欄 | 診断書省略期間 | 令和 年 月分まで | | | |
| 收受 | 1 支給 | 支給額 | 円 | 介護日数 | 日間 |
| | 2 却下 | 理由 | | | |

申請時に必要な書類等

| 区 分 | 費用介護手当 (介護費用を支払っている場合 ※1) | 家族介護手当 (介護費用を支払わない場合) |
|-------------|---|--------------------------|
| 対 象 者 | 厚生労働省令で定める範囲の障害(原子爆弾の傷害作用の影響によるものではないことが明らかなのは除く。)により介護を要する状態にあり、介護を受けている被爆者 | |
| 障害の程度 ※2 | 「中度障害」又は「重度障害」に該当する被爆者 | 「重度障害」に該当する被爆者 |
| 介護をする人 | 介護専門事業者 (指定居宅サービス事業者等) | 別居の親族、 友人、知人等 |
| 必 要 書 類 | (費用介護手当・家族介護手当 共通) ◎被爆者健康手帳 ◎介護手当支給申請書 ◎診断書(介護手当用) ◎申請者名義の普通預金口座を確認できるもの ◎下記の確認書類 | |
| | ◎領収書 ◎介護日数を証するもの ◎介護実施報告書 (介護保険外サービスがある場合) | ◎領収書 ◎介護実施報告書 ◎申立書 |

※1 居宅等において、介護サービス事業者等による以下の介護を受けて、その費用を支払っている場合をいいます。社会福祉施設等に入所している方は、支給の対象となりません。

- [例] ◆介護保険サービスの訪問介護、夜間対応型訪問介護
◆介護予防・日常生活支援総合事業の訪問介護サービス、生活援助特化型訪問サービス
◆障害福祉サービスの居宅介護 など

※2 介護手当における「重度障害」「中度障害」の決定は、診断書(介護手当用)により行います。

申請時の確認書類

| 提出者 | 申請方法 | 提出者の確認書類 | 申請者の確認書類 |
|--|------|---|-----------------------|
| 申請者本人 | 窓口申請 | 以下「本人確認書類」[原本] | |
| | 郵送申請 | 上記「本人確認書類」[写し]を同封 | |
| 法定代理人 (成年後見人等※) ※保佐人、補助人、 任意後見人含む | 窓口申請 | ① 以下「本人確認書類」[原本] ② 資格を証する書類 [原本] (登記事項証明書、代理行為目録、 審判書謄本+審判確定証明書等) >本市の「成年後見人等への送付先 変更の一括受付」の手続等をされて いる場合は不要 | — |
| | 郵送申請 | 上記①[写し]、②[原本]を同封 | — |
| 任意代理人 | 窓口申請 | ① 以下「本人確認書類」[原本] ② <u>申請者からの委任状</u> [原本] | 以下「本人確認書類」[写し] |
| | 郵送申請 | 上記①[写し]、②[原本]を同封 | 以下 「本人確認書類」[写し]を同封 |
| 使 者 | 窓口申請 | — | 以下「本人確認書類」[写し] |

* 郵送申請の場合は、郵便物が申請窓口へ届いた日が受理日(書類に不備が無い場合)となります。

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--|
| 本人 確 認 書 類 | (1) 顔写真付の証明書 例 いづれか1点 | ① 運転免許証、運転経歴証明書 ② 個人番号カード(マイナンバーカード) ③ 在留カード、特別永住者証明書 ④ 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳 ⑤ 小型船舶操縦免許証、海技免状、船員手帳 ⑥ 宅地建物取引士証 ⑦ 猟銃・空気銃所持許可証 ⑧ 認定電気工事従事者認定証、無線従事者免許証 ⑨ 戦傷病者手帳 ⑩ 介護支援専門員証 |
| | (2) (1)以外の証明書 例 いづれか2点 | ① 被爆者健康手帳、手当証書 ② 後期高齢者医療など各種健康保険の資格確認書 ③ 介護保険被保険者証/負担割合証/負担限度額認定証 ④ 国民年金手帳、厚生年金手帳 ⑤ 国民年金、厚生年金保険、船員保険に係る年金証書 ⑥ 恩給証書 |
| * 有効期間があるものは、その有効期間内のものに限りします。 | | |