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 氏名	被爆者健康手帳番号	明治 大正　　年　　月　　日 生 昭和	男 ・ 女
居 住 地 広島市　　区　　町　　丁目　　番　　号 番地		電話　（　　）　　― （　　方）	
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 令和　　年　　月　　日		
	1　　認　定	係	係　長	課　長
	2　　却　下　（　　）			