高額介護サービス費に関する申立書(兼同意書)

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

　介護保険利用被爆者助成金支給申請書において申請を行った月における”介護保険の高額介護サービス費”の受給については以下のとおりです。

　また、兵庫県が介護保険者に対して介護保険利用被爆者助成金支給に際して必要となる事項（高額介護サービス費の支給実績・自己負担上限額など）について、保険者等へ照会をする事に同意します。

　　高額介護サービス費等の受給等について

|  |  |
| --- | --- |
|  | あり |
|  | なし |

　　　※申請月において、高額介護サービス費を受給している又は申請中である場合

(今後受給予定の場合を含む。)は「あり」に○をしてください。

※受給を受けていない、申請をする予定がない場合は「なし」に○をしてください。

　　　※介護保険証の写しを添付してください。

　　住所：

申請者名：

電話番号

メールアドレス：

介護保険被保険者番号：

被爆者健康手帳番号：