一

一部負担金相当額支給申請書（介護保険・医療系サービス用）

　　　　　　　　　　円 ← この欄は記入しないでください

上記の金額の支給を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

兵　庫　県　知　事　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 9 | 2 | 8 | 6 | 0 | 1 | 2 |
| 0 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（原爆）公費負担者番号

　　　　受給者番号

（介護）保険者番号

　　　　被保険者番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | （メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 被爆者一般疾病指定医療機関から医療等をうけることができなかった理由 | １　被爆者健康手帳非提示２　一般疾病指定医療機関以外での利用３　県外医療機関・施設等での利用４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療等を受けた機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 医療等を受けた期間 | 平成・令和　　年　　月　　日　～　　　　　　　　　　平成・令和　　年　　月　　日入所･入院　　　　日　　　入所･入院外　　　　日 |

希望する振込先（口座名義人は本人に限ります。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金　融　機　関　名 | 預金口座 | 口座番号 |
| 　　　　　銀　　行　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　農　協 | 本・支店　　 出 張 所 | 普　通当　座 |  |  |  |  |  |  |  |

※　ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、通帳の写しを添付してください。

※ 医療機関・施設等ごとに作成してください。