

別紙様式3号

老人ホーム入所被爆者費用負担助成金支給申請書

年 月 日

長 崎 県 知 事 様
 (長崎県原爆被爆者援護課取扱)

老人ホーム入所被爆者費用負担助成金を下記の通り支給申請します。

ふりがな							性別	男女
氏名								
居住地								
被爆者健康手帳番号							-	
申請金額	_____円 (内訳1ヶ月入所負担金 _____円 × (A))							
申請月数	(A) _____ヶ月分 _____年 _____月 ~ _____年 _____月分							
振込先	_____銀行・信金・農協 _____支店 口座番号(普) _____							
入所施設名								
<p>1. <u>金額の訂正はできません。</u></p> <p>2. 領収書(またはその写し)を添付してください。</p> <p>3. 支給申請書は、なるべく施設でとりまとめて、長崎県原爆被爆者援護課被爆者援護班(〒850-8570 長崎市尾上町3-1 電話 095-824-1111 内線 2473)へ提出願います。</p> <p>4. 申請は、なるべく毎月行うよう願います。</p>								