

様式 2

訪問介護利用被爆者助成認定書

認 定 番 号	—	
被爆者健康手帳番号		
氏 名		男・女
住 所		
生 年 月 日		
介護保険保険者名		
介護保険被保険者番号		
有 効 期 限	令和 年 月 日	

上記の者を北海道介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づく訪問介護利用被爆者助成事業の対象と認めます。

令和 年 月 日

北 海 道 知 事

印