

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