

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ						
フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	個人番号				
氏名							試算期間の始期及び終期				
国民健康保険資格情報											
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称		加入期間					
			1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員			年 月 日から 年 月 日まで					
後期高齢者医療資格情報											
保険者番号	被保険者番号		広域連合名称		加入期間						
					年 月 日から 年 月 日まで						
介護保険資格情報											
保険者番号	被保険者番号		保険者名称		加入期間						
					年 月 日から 年 月 日まで						
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本支店出張所	店舗コード	種目	口座番号		フリガナ	振込先口座管理番号
1 窓口払い 2 口座振込	1										
保険者加入歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		備考欄				
	1		年 月 日から 年 月 日まで								
	2		年 月 日から 年 月 日まで								
	3		年 月 日から 年 月 日まで								

尾張旭市長 殿

年 月 日

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
 高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

申請者（世帯主）
 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

私は、この申請に基づく支給額の受領に関する一切の権限を、裏面の代理人に委任します。

	枚中		枚目
--	----	--	----

