

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 | | 申請区分 | 1. 新規 | 2. 変更 | 3. 取下げ | (保険者等記入欄) | 支給申請書整理番号 | |
|--------|--|------|-------|-------|--------|-----------|-----------|--|

| | | | | | | | | | | |
|------|--|------|--|-------------|---|---|---|----|---|---|
| フリガナ | | 個人番号 | | 計算期間の始期及び終期 | | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| 氏名 | | 生年月日 | | | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 |

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 | 安芸高田市国民健康保険 | 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 |

公金受取口座（マイナンバーカードに登録した口座）を利用する
 （利用する者は口座情報の記入不要）

振込口座を指定する

| 支給方法 | 口座管理番号 | 振込口座記入欄 | 銀行協同信用金庫信用組合 | 金融機関コード | 本店支店出張所 | 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. 普通預金 2. 当座預金 9. その他 | | 口座名義人 | |

| 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 | | |

| | | |
|--|-------|----|
| 〒731-0592 広島県安芸高田市吉田町吉田791番地 安芸高田市長 様 | 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。 | 郵便番号 | 住所 |
| 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。 | 申請代表者 | |
| ※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下さい。 | 氏名 | |
| 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のみを丸で囲んで下さい。 | 個人番号 | |
| | 電話番号 | |