

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 | (保険者等記入欄) | 支給申請書整理番号 |
|--------|----|------|-------|-------|--------|-----------|-----------|

|      |  |      |        |    |             |             |           |
|------|--|------|--------|----|-------------|-------------|-----------|
| フリガナ |  | 生年月日 | 年 月 日生 | 性別 | 男<br>・<br>女 | 計算期間の始期及び終期 | 年 月 ~ 年 月 |
| 氏 名  |  |      |        |    |             |             |           |

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<br>2.擬制世帯主<br>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<br>(信用・労働) 金庫<br>信用組合<br>農業協同組合 | 金融機関コード | 本店<br>支店<br>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<br>2. 口座振込 |        |         |                                    |         |                 |       |    |      |      |           |

|        |      |                  |                 |     |
|--------|------|------------------|-----------------|-----|
| 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 |                 |     |

|  |                  |       |
|--|------------------|-------|
| 〒075-8711  | 北海道芦別市北1条東1丁目3番地 | 年 月 日 |
|  | 芦別市長 様           |       |
| 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               | 印     |
| 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。 |                  |       |

|  |    |  |    |
|--|----|--|----|
|  | 枚中 |  | 枚目 |
|--|----|--|----|

