

高額医療合算介護(予防)サービス費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	個人番号					
氏名						計算期間の始期及び終期		年 月 ～ 年 月			
国民健康保険資格情報											
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	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 農協 ()	金融機関コード	本店 支店 ()	店舗番号	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		
			ゆうちょ銀行	記号			番号				
☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。											
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								
〒799-3193 愛媛県伊予市米湊820番地 伊予市長 様 ① 上の対象者について、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 上の対象者について、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。											
						郵便番号	住所				
						申請代表者 氏名					
						電話番号					