

高額医療合算介護(介護予防)サービス費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

フリガナ		保険者番号											
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生年月日		年 月 日生		性 別		男 ・ 女							
住 所		電話 () -											
年度の伊予市における介護保険等の加入期間				年 月 日～ 年 月 日									
年7月末日時点で加入していた医療保険者の所在地・名称													
		氏 名		生 年 月 日		性別		介護保険の被保険者の場合被保険者番号を記載					
世帯構成	世帯主												
	世帯員												
伊予市長 様 上記のとおり高額医療合算介護(介護予防)サービス費等を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 電話 () - 氏 名													

- 注意 1 介護保険及び相当事業（「介護保険等」という。）の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額医療合算介護(介護予防)サービス費等として支給されます。
- 2 合算対象の世帯内に介護保険等の自己負担額がある被保険者が複数いる場合は、被保険者ごとに申請が必要です。
- 3 「世帯構成」欄には、支給対象期間の末日（7月末日）時点に加入している医療保険における世帯構成を記入してください。（被用者保険については、「世帯主」欄に被保険者、「世帯員」欄に被扶養者を記入、後期高齢者医療については「世帯主」、「世帯員」の区分にかかわらず記入してください。）
- 4 介護保険被保険者証が交付されていない被保険者は、「世帯構成」欄の介護保険被保険者番号の記入は不要です。
- 5 高額医療合算介護(介護予防)サービス費等が支給される場合、支給金額は下記の指定口座に振り込まれます。
- 6 給付制限を受けている方については、高額医療合算介護(介護予防)サービス費等の支給ができない場合があります。

高額医療合算介護(介護予防)サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀 行 信 金・信組 農 協		本 店 支 店 出張所		種 目		口座番号					
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金							
					2 当座預金							
					3 その他							
	フリガナ											
口座名義人												

伊予市記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単 独		有 ・ 無	
2 合 算		給 付 割 合	