

## 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	計算期間の始期及び終期	年 月 日～ 年 月 日						
氏 名		個人番号												
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						
170076					1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員	珠洲市		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						
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する・窓口払いを利用する														
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														
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											
あて先 珠洲市長 <span style="float: right;">年 月 日</span> 郵便番号 <span style="float: right;">住所</span> 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。 申請代表者氏名 個人番号 電話番号 ※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。 本申請をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ														

枚中

枚目