

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	支給申請書整理番号
--------	----	------	------	------	-------	-----------

フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	計算期間の 始期及び終期	年 月から 年 月まで
被保険者氏名	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・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

支払方法	口座管理番号	振込先	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 2 口座払							1 普通預金 2 当座預金 3 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
	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		

(宛先) 八千代市長

年 月 日

- 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。
 - 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。
- ※ 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。

申請者
住所
氏名
個人番号
電話