

高額介護合算療養費・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	年 月 日 生	性別	男・女	個人番号	
氏名						試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 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
172031		小松市	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 信用組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
口座振込	1				本支店出張所	1.普通預金 2.当座預金 9.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		

小松市長 〒923-8650 小松市小馬出町9番地 〒920-0968 石川県金沢市幸町1番1号	石川県後期高齢者医療広域連合長	年 月 日	郵便番号 - 住所 申請代表者 氏名 電話番号 () - 印
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。 ※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。 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。			

(保険者等記入欄)	国保 確認日	/	長寿 確認日	/
-----------	--------	---	--------	---

	枚中		枚目
--	----	--	----