

高額介護合算療養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 氏名		生年月日		性別		個人番号	
						計算期間の始期及び終期	

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

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 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							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		

〒857-8585	長崎県佐世保市八幡町1番10号	年 月 日
	佐世保市長 様	
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。	郵便番号	住所
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(世帯主名)	
※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。	氏名	印
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。	電話番号	

	枚中		枚目
--	----	--	----