

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		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		個人番号		性別		計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月
氏 名		生年月日					

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	安芸高田市国民健康保険	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

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行協同	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
1. 窓口払い 2. 口座振込			銀 行 農 協 信 用 金 庫		本 店 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		

〒731-0592	広島県安芸高田市吉田町吉田791番地 安芸高田市長 様	年 月 日
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	
※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。	個人番号	
	電話番号	

	枚中		枚目
--	----	--	----