

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	平成	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	平成	年	月	～平成	年	月
氏名		生年月日	年	月	日生							

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		平成 年 月 日から平成 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
			平成 年 月 日から平成 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
			平成 年 月 日から平成 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 3 その他				

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				

志木市長 様	平成 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。	申請代表者氏名	印
※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。	電話番号	()
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。		