

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	新規・変更・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	～	年	月
氏名	保険者番号	被保険者証記号・番号		続柄	保険者名称			加入期間					
								年	月	日から	年	月	日まで
国保	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
後期	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
介護	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 (銀行・支店コード)	銀行 信用金庫 奈良県農協	本店	普通 当座 その他	口座番号 ( )	振込先口座 管理番号						
窓口払い 口座振込			( )	( )	( )	フリガナ 名義 ( )							
保険者 加入歴	保険者等名称		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	備考(計算期間中の受診歴等)							
	1		年	月	日から								
	2		年	月	日まで								
	3		年	月	日から								
			年	月	日まで								

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。

住所 \_\_\_\_\_

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

大和郡山市長 様

電話 \_\_\_\_\_

枚中 枚目