

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		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				計算期間の始期及び終期		年 月～ 年 月			
氏 名						個人番号															
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					
										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											
														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		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						銀 行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				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															

(宛先) 東大阪市長										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。										氏名									
※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ください。 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のみ丸で囲んでください。										電話番号									

	枚中		枚目
--	----	--	----