

# 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	/ 人目	/ 枚目				
申請形態	1. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)			2. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)			3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者あり)		4. 死亡・海外移住等計算期間中申請				
フリガナ						生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別	1. 男 2. 女	個人番号	計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月	
氏 名						年 月 日							
資格情報	国保	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			年 月 日 ~ 年 月 日					
	後期	保険者番号	被保険者番号	広域連合名称				加入期間					
		39430004		熊本県後期高齢者医療広域連合				年 月 日 ~ 年 月 日					
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 ~ 年 月 日						
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード	種目	口座番号				口座名義人(カナ)	振込先口座管理番号
2. 口座振込								1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金					
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 ~ 年 月 日										
	2		年 月 日 ~ 年 月 日										
	3		年 月 日 ~ 年 月 日										
委任状	私は、本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。												
	委任者(被保険者)	氏 名											㊟
	代理人(口座名義人)	住 所											氏 名 (続柄)
荒尾市長 様		熊本県後期高齢者医療広域連合長 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。		〒 □□□-□□□□											
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											
		申請者氏名										㊟	
		電話番号											
※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。 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。													