別記様式第38号(第20条関係)　　　　　　　　　　　　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 |  | 支給申請書整理番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | 性別 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 計算期間の始期及び終期 | 年月日 ～ 　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 |
| **◆ 後期高齢者医療資格情報** |
| 保険者番号 | 被保険者番号 | 保険者名称 | 加入期間 |
|  |  |  |  |
| **◆ 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 |
|  |  |  |  |
| □　下記口座への振込を希望します。※下記口座情報記載必要 |
| □　給付金等の受取口座として国に登録した「公金受取口座」への振込を希望します。※下記口座情報記載不要（マイナポータル等による事前登録が必要です。） |
| 口座管理番号 | 振込口座記入欄 | 銀行信用金庫信用組合協同組合（） | 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　普　通 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 |  |
|  |
| ※ 上記 計算期間中（　年　月　日～　年　月　日）、市町村から重度心身障がい者医療費助成を受けていました。（　 は　い　　／　　 いいえ　） |
|  | 保険者名 | 加入期間 | 添付の自己負担額証明書整理番号 | 市町村欄 | 個人番号確認 | □個人番号カード | □通知カード | □その他 |
| 保険者加入歴 | 1 |  | 年　　　　月　　　　日から年　　　　月　　　　日まで |  | 本人確認 | □個人番号カード | □運転免許証 | □その他 |
| 代理権の確認 | □被保険者証 | □委任状 | □その他 |
| 2 |  | 年　　　　月　　　　日から年　　　　月　　　　日まで |  | 備考欄 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 福島県後期高齢者医療広域連合長　（市町村）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。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。なお、支給金は私（申請者）の上記口座に振込してください。口座名義人が私（申請者）と異なる場合は口座名義人を受領人と定め、本申請に係る支給金の受領を委任します。また、支給後、自己負担額の異動等により給付費が減額となった場合は、その差額を返還することに同意します。※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。 | 住所 | 〒 |
| 申請者氏名 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 広域連合欄 | 受付 | 入力 | 照合 |
|  |  |  |

氏名住所□本人□代理人（続柄：　　）提出者等電話番号 |  | **枚中** |  | **枚目** |