

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						個人番号									
氏名	生年月日					計算期間の始期及び終期									
◆ 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 世帯主	3 世帯員	年 月 日 ~ 年 月 日								
◆ 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					
										年 月 日 ~ 年 月 日					
◆ 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 ~ 年 月 日					
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	口座名義人	振込先口座管理番号	
								1 普通							
※ 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 )															
保険者加入歴	1	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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> その他
			年 月 日から 年 月 日まで								本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	
			年 月 日から 年 月 日まで								代理権の確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他	
	2										備考欄				

福島県後期高齢者医療広域連合長 様  
市町村長 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

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。

申請者 氏名

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。

電話番号 - -

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人(右欄記載不要)	氏名	電話番号	広域連合欄	受付	入力	照合	枚中	枚目
	<input type="checkbox"/> 代理人(続柄: )	住所							