様式第41号(第22条の2関係)

高額医療合算介護(予防)サービス費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		個人番号	
氏名				計算期間の始期及び終期	年 月 ～ 年 月

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 信用金庫 農協 ( )	金融機関コード	本店 支店 ( )	店舗番号	種目	口座番号	フリガナ		振込先口座管理番号
1.窓口払い 2.口座振込			ゆうちょ銀行	記号		番号	1.普通預金 2.当座預金 9.その他 ( )		口座名義人		

□ 公金受取口座を利用します。

※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。
※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

□ 高額医療合算介護(予防)サービス費の支給申請簡素化を希望します。
今後、高額医療合算介護(予防)サービス費に該当した場合、支給申請は不要となります。(ただし、世帯構成などに変更があった場合はその限りではありません。)

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		

〒796-0301 愛媛県西宇和郡伊方町湊浦1993番地1

伊方町長 様

年 月 日

① 上の対象者について、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 上の対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。
※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ください。
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のみを丸で囲んでください。

郵便番号 住所
申請代表者
氏名
電話番号

	枚中		枚目