



担当が記入しますので不要です。

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	令和元年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
--------	-------	------	------	------	------	-----------	-----------

フリガナ	ヒラツガ タロウ	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	性別	男	計算期間の始期及び終期	令和 元年 8月 1日から 令和 2年 7月 31日 まで
対象者氏名	平塚 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	性別	女		

国民健康保険資格情報				保険者名称	加入期間
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	平塚市	令和 年 月 日から 令和 年 月 日 まで
140046	04	1111111	1.世帯主 2.被制世帯主 3.世帯員		

後期高齢者医療資格情報				保険者名称	加入期間
保険者番号	被保険者証番号				令和 年 月 日から 令和 年 月 日 まで

介護保険資格情報				保険者名称	加入期間
保険者番号	被保険者証番号			平塚市	令和 年 月 日から 令和 年 月 日 まで
142034	0000123456				

支払方法	口座振込	平塚	銀行	金融機関コード	市役所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	平塚 タロウ	振込先口座管理番号
1. 口座振込	振込口座記入欄		信用金庫	9 9 9 9	本店支店出張所	0 0 2	1. 普通預金	0 1 2 3 4 5 6	口座名義人	平塚 太郎	
2. 窓口払い			労働金庫				2. 当座預金				
							4. 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	高額介護合算療養費のうち、公費助成に係る額について保険者が受領することに同意します。また、貴市介護保険課が保有するデータをこの申請に使用する場合に限り、調査、利用することに同意します。
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			

〒254-8686 神奈川県平塚市浅間町9番1号 平塚市長 令和 年 月 日

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

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。

※ 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のみを丸で囲んでください。

申請者（世帯主） 郵便番号 254-8686 住所 平塚市浅間町9番1号

氏名 平塚 太郎 印 捨印 平塚

電話番号 0463 - 21 - 8776

保険年金課処理欄			
<input type="checkbox"/>	支給	支給金額	円 決定年月日
<input type="checkbox"/>	不支給	(理由) <input type="checkbox"/> 公費助成により医療費自己負担なし <input type="checkbox"/> 自己負担限度額未達 <input type="checkbox"/> 医療費自己負担額0円 <input type="checkbox"/> 介護費自己負担額0円 <input type="checkbox"/> その他 ()	令和 年 月 日

担当者	受付者

枚中	枚目
----	----