

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 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	-------	------	-------	-------	--------

※太枠線内のみ記載してください

フリガナ						生年月日	性別	計算期間の始期 及び終期		
氏名										
国民健康保険資格情報										
保険者番号	保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間					
後期高齢者医療資格情報										
保険者番号	被保険者証番号		広域連合名称			加入期間				
介護保険資格情報										
保険者番号	被保険者証番号		保険者名称			加入期間				

公金受取口座を利用する。 ※公金受取口座を登録している方に限ります。 公金受取口座の口座名義人の個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※公金受取口座への振込みを希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記入は必要ありません。ただし、双方に記入があった場合には、以下の金融機関の口座への振込みを優先します。

振込口座 記入欄	銀行 信 信 労 農	行 金 組 金 協	金融機関コード				本店 支店 営業部 出張所	店舗コード	種目	口座番号				フリガナ	口座名義人	
									1. 普通 2. 当座							

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			保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号		
	1			年	月	日から				3			年	月	日から			
	2			年	月	日から				4			年	月	日から			

(宛先) 上越市長

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。

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チェックしてください。

(申請者) 令和 年 月 日

住 所	
申請者氏名	
個人番号	
電話番号	

【委任欄】※申請者と別の人の口座に振込を希望する場合はご記入ください。

高額介護合算療養費の受領を下記の人に委任します。

(委任する人)

氏 名	
-----	--

(委任を受ける人)

住 所	
氏 名	
個人番号	
電話番号	