

記入上の注意

必要年度分を記入

高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給及び自己負担額証明書交付申請書
(年度分)

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	個人番号 記入不要
生年月日	年 月 日	性別	
住所			
年度の宇和島市における介護保険の加入期間	加入期間 記入不要		
年7月末日時点で加入していた医療保険者の名称			
年7月末日時点で加入していた医療保険者の所在地			

「被保険者氏名・被保険者番号」は、対象者の氏名と被保険者番号を、「生年月日・性別・住所」も記入してください。
 「〇〇年7月末日時点で加入していた医療保険者の名称・所在地」は、必要年度(〇〇年8月1日から〇〇年7月31日)の7月末日時点、もしくは死亡時点の情報を記入してください。

上記のとおり高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給及び自己負担額証明書の交付を申請します。また、この申請書に係る必要な住民税の課税状況等について確認することに同意します。

申請者 年 月 日 住所 電話番号

氏名 (印)

注意・介護保険の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額医療合算介護(介護予防)サービス費として支給されます。

「日付」は申請書の提出日、「申請者氏名」は対象者氏名を、「住所・電話番号」も記入してください。
 ※対象者死亡の場合は、相続人代表者氏名(続柄)を記入してください。
 ※印鑑はシャチハタ不可

申請が必要です。世帯構成を記入して、後期高齢者医療保険者番号の記入は含まれます。

・給付制限を受けている方については、高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。

高額医療合算介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
	ゆうちょ銀行	記号	番号				
	フリガナ 口座名義人						

市記入欄

区分	世帯番号	給付制限状況	備考
1 単独			
2 合算			

対象者名義の口座情報を記入してください。
 口座名義人(フリガナ)の記入忘れのないようにお願いします。
 ※対象者死亡の場合は、相続人代表者口座を記入してください。