様式第22号の４（第27条の２関係）

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 | （保険者等記入欄） | 支給申請書整理番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | | | | | | | | 性別 |  | | | | 計算期間の始期及び終期 | | | | | | | | 年　　月～　　　　年　　月 | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | |
| 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．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 | | | | | | |
| 032151 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 奥州市 | | | | | | | | | | | | | | | 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  信用組合 | | 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 | |  | 振込先口座  管理番号 |
| １．窓口払い  ２．口座振込 | | |  |  | |  |  | |  |  |  | １．普通預金  ２．当座預金  ９．その他 | | |  |  |  | | |  |  |  | |  | | 口座名義人 | |  |
|  |  |
| 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 奥州市長　　宛  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のみ丸で囲んで下さい。 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日  郵便番号　　　　　　　住所  申請代表者  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  電話番号 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 枚中 |  | 枚目 |