

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 〇〇 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	支給申請書整理番号		受付時使用欄		口座管理番号	振込先口座管理番号	受付日	年 月 日			
フリガナ		カイゴ タロウ				生年月日		大正11年11月11日		個人番号							
被保険者氏名		介護 太郎						計算期間の		年 月 日		システム入力者		システム確認者			
資格情報（基準日保険者）	種別	国民健康保険		保険者番号		被保険者記号		被保険者番号（後期高齢者医療）		計算期間の範囲内で福山市の被保険者であった期間							
	種別	後期高齢者医療		39340005						【記入例】 計算期間 2023年8月1日～2024年7月31日までのうち、 2023年10月5日に転入し、2024年6月14日に死亡した場合。 (ずっと資格を有している者であれば2023年8月1日～2024年7月31日と記入。)							
	種別	介護保険		3 4 2 0 7 1 0 0 0 0 9 8 7 6 5 4		福山市		計算期間内の加入期間		2023年10月5日から 2024年6月15日まで							
	種別	福山		東桜		1 1 1		9 8 7 6 5 4 3		フリガナ		カイゴ ジロウ					
振込先情報	※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください		金融機関コード		0 1 2 3		本店支店出張所		店鋪コード		1 1 1		種目		口座番号（右詰で記入）		
		銀金組農		行庫合協		0 1 2 3		東桜		1 1 1		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		9 8 7 6 5 4 3		口座名義人	
		※記号・番号はゆうちょ銀行で口座番号不明の場合記入		記号・番号		-								氏名（漢字）		介護 次郎	
		住所		福山市東桜町3番5号		※住所は口座名義人が申請者と異なる場合に記入。								備考欄			
保険者加入歴 ※1		1		年 月 日から 日まで													
		2		年 月 日から 日まで													
		3		年 月 日から 日まで													

広島県後期高齢者医療広域連合長 様		福山 市 区・町・村 長 様		令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	
1 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。		郵便番号		720-0000	
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。 なお、市町が実施する福祉医療助成制度により助成を受けている場合で、この申請により支払われる高額介護合算療養費のうち、市町が負担している金額がある場合、その金額について市町長へ受領を委任し、その金額を除いた金額で支払を受けることに同意します。□		住所		福山市東桜町3番5号	
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。		申請者氏名		介護 次郎	
2 本申請書をもって、保険者加入歴（※1）に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ		電話番号		(084) 999 - 9999	

委任状	高額介護合算療養費等の申請に関する権限について、申請者に委任します。	高額介護合算療養費等の受領に関する権限について、口座名義人に委任します。	※申請または振込口座を本人以外とする場合は左記に記名してください。
	委任者氏名	委任者氏名	枚中 枚目

※ 申請書は同一世帯に属する後期高齢者医療制度の被保険者ごとに必要になります。