

高額介護合算療養費等支給申請書
自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	平成 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	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 生	性別	男・女	計算期間の始期及び終期	平成 年 月 ~平成 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		平成 年 月 日から平成 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
			平成 年 月 日から平成 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
			平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	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. 口振 2. 前渡金			銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金		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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	2	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	3	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		

(あて先) 名古屋市 区長 愛知県後期高齢者医療広域連合長	平成 年 月 日
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。	住所
※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○印をつけてください。	申請代表者
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のみに○印をつけて下さい。	氏名
	連絡先 () -

	枚中		枚目
--	----	--	----

本人以外の方が申請する場合や本人以外の口座に振込みを希望される場合は以下の欄にも記入・押印をしてください。

(委任欄)

私は、_____を代理人と定め、次の権限を委任します。

- 高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の申請に関すること。
- この申請に基づく高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領に関すること。

被保険者 _____ ㊞

代理人（住所） _____ (氏名) _____ ㊞

(連絡先) () _____ (被保険者との関係) _____

※委任する権限について にチェックをしてください。