

**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	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		性別		計算期間の始期及び終期	
氏名		個人番号					

国保資格情報					
保険者番号	被保険者証記号	続柄	保険者名称	加入期間	
	39 -	1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		年 月 日 ~ 年 月 日	

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
			年 月 日 ~ 年 月 日

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
			年 月 日 ~ 年 月 日

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	本店支店出張所	店番	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1.窓口払い			信用金庫					1.普通 2.当座 9.その他		
2.口座振込	1		信用組合							

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番号	備考欄
	1	年 月 日 ~ 年 月 日		
	2	年 月 日 ~ 年 月 日		
	3	年 月 日 ~ 年 月 日		

西東京市長 殿	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。	郵便番号 千
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
	個人番号
※ 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。	申請者氏名
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。	電話番号 ()
	印

枚中	枚目
----	----