

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	平成〇〇年度	申請区分	<input checked="" type="radio"/> ①新規	<input type="radio"/> 2.変更	<input type="radio"/> 3.取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
--------	--------	------	--------------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------	-----------	--

フリガナ	ニシトウキョウ タロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇	性別	男	計算期間の始期及び終期	平成27年8月 ~ 平成28年7月
氏名	西東京 太郎		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				

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
138396	39 - 〇〇 〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 1.世帯主 <input type="radio"/> 2.擬制世帯主 <input type="radio"/> 3.世帯員	西東京市	平成27年8月1日 ~ 平成28年7月31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
132290	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	西東京市	平成27年8月1日 ~ 平成28年7月31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	店番	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
<input checked="" type="radio"/> 2.口座振込	1	西東京	信用金庫	〇〇〇〇	西東京	〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 1.普通 <input type="radio"/> 2.当座 <input type="radio"/> 9.その他	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	西東京 太郎	

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	平成〇〇年〇〇月〇〇日
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 〒〇〇〇-〇〇〇〇
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 西東京市△△町〇-〇
	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
※ 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 西東京 太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
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 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

枚中	枚目
----	----