

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

高額介護合算療養費の計算期間は毎年8月から翌年7月までとなります。
例えば、令和元年度は令和元年8月～令和2年7月となります。

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

フリガナ ニシトウキョウ タロウ
氏名 西東京 太郎
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日生 性別 男
計算期間の始期及び終期 令和〇〇年〇月～令和〇〇年〇月

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 ~ 年 月 日

国民健康保険にご加入の場合は、情報をご記入ください。
※加入されていない方は、未記入をお願いします。

後期高齢者医療資格情報

広域連合名称 加入期間
年 月 日 ~ 年 月 日

後期高齢者医療保険にご加入の場合は、情報をご記入ください。
※加入されていない方は、未記入をお願いします。

介護保険資格情報

保険者名称 加入期間
西東京市 令和〇〇年〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇月〇〇日

上記の計算期間内において、保険者が西東京市であった期間をご記入ください。

支給方法 口座管理 振込口座 西東京 銀行 金融機関コード 西東京 本店 店番 種目 口座番号 フリガナ ニシトウキョウ タロウ 振込先口座
口座振込 番号 1 信用金庫 1 2 3 4 支店 出張所 1 2 3 1. 普通 2. 当座 3. その他 1 2 3 4 5 6 7 口座名義人 西東京 太郎 管理番号

保険者加入歴
1 保険者名 加入期間 添付の自己負担額証明書番号 備考欄
2
3

〒188-8666 東京都西東京市南町五丁目6番13号 年 月 日
西東京市長 池澤 隆史 殿
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 西東京市〇〇町〇-〇-〇
※ 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
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(

委任欄

枚中 枚目