

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	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生	性別	男	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名	西東京 太郎	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。

支払方法	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
口座振込	1	西東京	信用金庫 信用組合	1 2 3 4	西東京 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	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			

〒188-8666 東京都西東京市南町五丁目6番13号  
西東京市長 池澤 隆史 殿

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 〒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 印

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
--	----	--	----