

高額医療合算介護（予防）サービス費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・令和 | 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 | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 個人番号 | |
| 氏名 | | | | | | | | | 計算期間の始期及び終期 | 年 月 ~ 年 月 |
| 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 日から 年 月 日まで | | | |
| 医療保険資格情報 | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | 被保険者証記号 | | 被保険者証番号 | | 保険者名称 | | | 加入期間 | | |
| | | | | | | | | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 支給方法 | 振込口座 記入欄 | | 金融機関コード | | 店舗コード | | 種目 | 口座番号 | | フリガナ |
| 1. 窓口払い 2. 口座振込 | | | 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 9. その他 | | | 口座名義人 |

令和 年 月 日

宇治市長 あて

上記対象者について、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給および自己負担額証明書の交付を申請します。

申請者 郵便番号
住所
氏名
電話番号