

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		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			個人番号	年 月 ~ 年 月	
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	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	口座名義人
1. 窓口払い 2. 口座振込								
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。								

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