

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	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		
1. 窓口払い 2. 口座振込											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

印