

〔 高額医療合算介護(介護予防)サービス費支給申請書
 高額医療合算介護予防サービス費相当事業支給申請書 〕

兼 自己負担額証明書交付申請書
 (新規・変更・取り下げ)



(あて先) 姫路市長

下記のとおり関係書類を添えて高額医療合算介護(介護予防)サービス費・高額医療合算介護予防サービス費相当事業の支給及び自己負担額証明書の交付を申請します。

なお、支払いは下記の方法をお願いします。

また、交付決定、支給決定及びサービス費の支給のため必要があるときは、私の収入状況及びその他必要事項について、税務資料などの公簿等により調査されること、及び当該申請に対する決定事項について、介護保険者、医療保険者、後期高齢者医療広域連合に対して、姫路市が情報を提供することに同意します。□

申請日			年			月			日
-----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

住所 _____

【申請者欄】 氏名(自署) _____

電話 _____ (自宅・呼出・携帯)

※「自署」に代えて、「記名・実印押印」又は「記名・身分証写し添付」でも可
 ※申請者欄には被保険者氏名(ただし死亡の場合は相続人氏名)

【被保険者欄】

(右詰めで記入して下さい)

被保険者 氏名		被保険者 番号											
生年月日	明・大・昭	年		月		日	個人番号						
性別	男・女		介護保険 加入期間		年	月	日	から	年	月	日	まで	
住所	(※申請者欄と同じ場合は記入不要)												
	電話 _____												

【支払方法記入欄】口座は被保険者名義(ただし死亡の場合は相続人名義)

支払方法	1. 窓口払 ・ 2. 口座振替	口座種別	1. 普通(総合)口座 ・ 2. 当座口座										
	銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店 支店 出張所 支所	口座番号										(右詰めで記入して下さい)
金融機関 コード			口座名義	(カタカナで記入して下さい)									

【医療保険者欄】

保険者名		医療保険	年	月	日	から
所在地		加入期間	年	月	日	まで
保険者番号						

【合算対象者欄】※合算対象者がいる場合のみ記入してください

氏名	生年月日	性別	被保険者番号
	明・大・昭・平 年 月 日	男・女	
	明・大・昭・平 年 月 日	男・女	

【精算者欄】※死亡・生保開始・海外転出時のみ記入してください

精算者	1.本人 ・ 2.家族	精算理由	1.死亡 ・ 2.生保開始 ・ 3.海外転出	精算日	年 月 日
-----	-------------	------	------------------------	-----	-------

※精算日には、死亡日・生保開始日・海外転出日を記入してください。

.....<<介護保健課記入欄(下記は記入しないでください。)>>.....

申請対象年度	平成 年	申請区分	1.新規 ・ 2.変更 ・ 3.取り下げ	計算期間	年 月 日から 年 月 日まで
--------	------	------	----------------------	------	--------------------