高額医療合算介護（予防）サービス費支給兼自己負担額証明書交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　　 | 保険者番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　(　　　　)　　　　　 |
| 年度の当該市町村における介護保険の加入期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 年７月末日時点で加入していた医療保険の名称 |  | 医療保険者の所在地 |  |
|  | 氏　名 | 生年月日 | 性　別 | 介護保険の被保険者の場合被保険者番号 |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 丸亀市長　宛上記のとおり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給を申請します。　　　　　　年　　月　　日 |
| 　　　　　住所　申請者（被保険者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号　　　(　　　) |
| 　　　　　　住所申請代行者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号　　　(　　　) |

　注意　・介護保険の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額医療合算介護（予防）サービス費として支給されます。

　　　　・高額医療合算介護（予防）サービス費が支給される場合、支給金額は下記に指定する口座に振り込まれます。

　　　　・給付制限を受けている方については、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

高額医療合算介護（予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

□ 公金受取口座を利用する。（この場合は、下記の口座振込依頼欄への記入は不要です。）

※公金受取口座を利用する場合は、マイナポータル等での事前登録が必要です。

□ 振込口座を指定する。（下記に口座情報を記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行信用金庫農協 | 本店支店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| 1　普通預金2　当座預金3　その他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ口座名義人 | 　 |
| 　 |

**委任欄**

　　支給決定額に係る一切の権限を口座名義人　　　　　　　　　　に委任します。

　　　　　　年　　月　　日

被保険者氏名（申請権者）　　　　　　　　　　　　　印