

年 月 日

様

丸亀市介護保険 高額介護（予防）サービス費（年間上限）
自己負担額証明書（保険給付）

下記のとおり証明いたします。

フリガナ					
氏 名					
生年月日		性別		証明対象年度	
保険者番号				被保険者番号	
対象となる計算期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
サービス提供年月	自己負担額			摘要	
年 月分					
月分					
月分					
月分					
月分					
月分					
月分					
月分					
月分					
月分					
月分					
月分					
計					

年 月 日

香川県丸亀市長

【注意事項】

- ・この証明書は、高額医療合算介護（予防）サービス費に使用する証明書ではありません。
- ・給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、合算することができません。
- ・この証明書は、転出先の市町村にご提出ください。

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)	
丸亀市役所	課