第14号様式の3(第19条の3関係)

高額医療合算介護(介護予防)サービス費支給申請兼自己負担額証明書交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請対象年度 | 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 |
| 国民健康保険資格情報 |
| 保険者番号 | 被保険者証記号 | 被保険者証番号 | 続柄 | 保険者名称 | 加入期間 |
| 　 | 　 | 　 | 1　世帯主2　擬制世帯主3　世帯員 | 　 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 後期高齢者医療資格情報 |
| 保険者番号 | 被保険者番号 | 広域連合名称 | 加入期間 |
| 　 | 　 | 　 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 介護保険資格情報 |
| 保険者番号 | 被保険者番号 | 保険者名称 | 加入期間 |
| 　 | 　 | 　 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 支給方法 | 口座管理番号 | 振込口座記入欄 | 銀行信用金庫信用組合 | 金融機関コード | 本店支店出張所 | 店舗コード | 種目 | 口座番号 | フリガナ | 　 | 振込先口座管理番号 |
| 1　窓口払い2　口座振込 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 1　普通預金2　当座預金9　その他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 口座名義人 | 　 |
| 1 | 　 |
| 　 | 保険者名 | 加入期間 | 添付の自己負担額証明書整理番号 | 備考欄 | 　 |
| 保険者加入歴 | 1 | 　 | 年　　　　月　　　　日から年　　　　月　　　　日まで | 　 |
| 2 | 　 | 年　　　　月　　　　日から年　　　　月　　　　日まで | 　 |
| 3 | 　 | 年　　　　月　　　　日から年　　　　月　　　　日まで | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 　　(あて先)　　長崎市長　①　上記対象者について、高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。　②　上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。　※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。　　高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 | 　　年　　　月　　　日郵便番号　　　　　　　　住所申請代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印電話番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 枚中 | 　 | 枚目 |