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 |