高額医療合算介護(介護予防)サービス費支給等申請書

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		個人番号		性別		計算期間の始期及び終期	年　月から 年　月まで
氏　名		生年月日	年　月　日				

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・農協 信用金庫 労働金庫 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 2 口座払							1 普通預金 2 当座預金 3 そ の 他		口座名義人		

保険者加入歴		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
	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		

(宛先)野田市長

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 あわせて、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の申請を行う場合は、①及び②のいずれも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

電話番号

	枚中		枚目