

高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請書兼自己負担額証明書

申請書は、被保険者1人につき1枚記入が必要です。同一世帯に被保険者が複数いる場合は全体の枚数と何枚目かを記載してください。

枚目

申請対象年度	平成29年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	--------	------	-------	-------	--------

(記入例)

フリガナ	クマト タロウ	生年月日	明治 大正 昭和	14年 1月 1日 生	性別	男	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0
氏名	熊本 太郎		昭和				計算期間の始期及び終期	平成29年 8月 平成30年 7月											

平成27年度は、平成27年8月～平成28年7月になります。

個人番号(マイナンバー)は空欄でも受け付けます

申請対象年度の7月末日時点で加入していた医療保険者	国民健康保険資格情報									
	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				
	その他の医療保険資格情報									
	保険者番号	被保険者番号	保険者名称			加入期間				
	12345678	23456789	〇〇保険			平成29年 8月 1日から平成30年 7月31日まで				

・ゆうちょ銀行に振込を希望される場合は、「記号・番号」ではなく、振込用の「店名・預金種別・口座番号」を記入してください。	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						
	431007	3456789012	熊本市介護保険	平成29年 8月 1日から平成30年 7月31日まで						

振込口座記入欄	〇×	銀行	金融機関コード	△△	本店	店舗コード	備考欄には、以下の内容を記載して下さい。 死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中で医療保険の被保険者資格を喪失した者 「死亡→死亡日」 「海外移住→国外転出日」
		信用金庫 信用組合	9 9 9 9		支店 出張所	9 9 9	
	種目	口座番号	フリガナ	クマト タロウ			
普通預金 当座預金 その他	9999999	口座名義人	熊本 太郎				

被保険者(申請者)名義の口座を記入してください。ただし、死亡や本人口座がない等の理由で申請者以外の口座への振込を行う場合は別途書類の提出が必要となります。

〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号
熊本市長 様

上記のとおり高額医療合算介護（予防）サービス費の支給及び自己負担額証明書の交付を申請します。また、支給が決定した場合に熊本市から支払われる同サービス費の請求を熊本市高齢介護福祉課長（同課長に事故があるときは、同課長補佐）に委任します。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

電話番号

(窓口に来られた方)

住所

氏名

電話番号

申請者は原則被保険者本人です。申請前に被保険者死亡の場合は、口座名義人が申請者となります。

窓口に来られた方と被保険者の続柄は問いません。ただし、必要時(振込不能等)に連絡がとれるよう電話番号は必ず記入してください。