高額医療合算介護（介護予防）サービス費支給兼負担額証明申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 電話番号　　　（　　　　）　　　　　　 |
|  | 氏　　名 | 生年月日 | 性別 | 四條畷市被保険者番号（ある場合のみ） |
|  |  | 　　年　月　日 | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7月末日時点で加入していた医療保険者の名称 |  |
| 医療保険者の所在地 |  |
| 四條畷市長　宛　上記のとおり高額医療合算介護（介護予防サービス費を申請します。なお、医療保険者に対して四條畷市が情報を提供することに同意します。　　　　　　住所申請者　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　電話番号　　　　（　　　） |

注意　・介護保険の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超

えた額が高額医療合算介護（介護予防）サービス費として支給されます。

　　　・合算対象の世帯内に介護保険の自己負担額がある被保険者が複数いる場合は、被保険者ごとに申請が必

要です。

　　　・「世帯構成」欄には、支給対象期間の月末（7月末日）時点に加入している医療保険における世帯構成を

記入してください。（被保険者については、「世帯主」、「世帯員」欄に被保険者、「世帯員」欄に被扶養者

を記入、後期高齢者医療については、「世帯主」、「世帯員」の区別に関わらず記入してください。

　　　・介護保険被保険者証が交付されていない被保険者については、「世帯構成」欄の介護保険被保険者番号の

記入は不要です。

　　　・高額医療合算介護（介護予防）サービス費が支給された場合、支給金額は下記の指定口座に振り込まれ

ます。

　　　・給付制限を受けている方については、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があ

ります。

　高額医療合算介護（介護予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 金融機関名 | 支店名 | 口　座　番　号 |
| 銀行　　　　信用金庫信用組合農協　　 | 本店支店出張所 |  |
| 金融機関コード | 支店コード | 種目 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |  |  |  |  |  |  | １普通２当座３その他 | 口座名義人 |