様式第25号(第17条関係)

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度		申請区分	1　新規	2　変更	3　取下げ	(保険者記入欄)	支給申請書整理番号	
申請形態	1.計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住なし)		2.計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)		3.計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住あり)		4.死亡･海外移住者等計算期間中申請	

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 農協 (　)	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 普通預金 2 当座預金 9 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)湖西市長

年　月　日

① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(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いずれも丸で囲んでください。
高額介護合算療養費(高額医療合算介護(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。

住所

申請代表者氏名　㊞

TEL

委任欄	私は、上記の申請代表者を代理人と定め、この高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書により受ける高額介護合算療養費給付申請に関する権限を委任します。 被保険者氏名　㊞

	人中		人目
一定	一般	低Ⅱ	低Ⅰ

※申請代表者以外の被保険者の方は委任欄に記名・押印してください。振込口座を被保険者本人以外の口座にする場合は、受領に関する委任状を提出してください。