|  |  |
| --- | --- |
| **高額医療合算介護予防サービス費相当事業費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書** | |
| (宛先)　京　都　市　長  　　　　京都市　　区長  　　　　京都府後期高齢者医療広域連合長 | 年　　　　月　　　日 |
| 申請者の住所 | 申請者の氏名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　下記の者について，高額医療合算介護予防サービス費相当事業費，高額介護合算療養費  及び高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。  　２　高額医療合算介護予防サービス費相当事業費に係る自己負担額証明書の交付を申請する  とともに，高額医療合算介護予防サービス費相当事業費，高額介護合算療養費及び高額医  療合算介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | － | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |
| 住所 | | | （□申請者と同じ）  　　　　　電話　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | |  | | |
| 氏名 | | | （□申請者と同じ） | | | | | | | | | | |
| 計算期間 | | | | | 年　月　日 ～　 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 京都市介護保険の加入期間 | | | | | | | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７月３１日時点で  加入している  医療保険者の名称 | | | | □京都府後期高齢者医療広域連合  □京都市国民健康保険  名称及び所在地  □その他の医療保険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険における被保険者番号又は記号番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険の加入期間 | | | | | | | | | 年　　月　　日　　　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７月３１日時点で  加入している  医療保険における  世帯構成 | | | | 世帯員の氏名 | | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | | 世帯員の介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | 年　月　日 | | | | |  |  | |  | |  | |  | | － |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | 年　月　日 | | | | |  |  | |  | |  | |  | | － |  | | |  | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | |  | | 年　月　日 | | | | |  |  | |  | |  | |  | | － |  | | |  | |  | |  | | |  |

保険者加入歴欄（上表に記載される加入期間以外に加入歴のある場合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者名 | 加入期間 | 自己負担額証明書整理番号 |
|  | 年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 |  |
|  | 年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 |  |

注　該当する□には，ν印を記入してください。

高額医療合算介護予防サービス費相当事業費等を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指  定  口  座 | | 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | | 種別 | | 口座番号 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  |  | １　普通  ２　当座  ３　貯蓄 | |  | |  | |  | |  |  |  | | |  |
| 銀行　　　信用組合  信用金庫　農業協同組合 | | | | | 本店  支店  　　　　　　　出張所 | | | |
| 口座名義人 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 漢　　字 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （次の欄は，決定を行うための欄ですので記入しないでください。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の申請について，自己負担額証明書の発行を行います。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起案 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | 決定 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | 課長 | |  | | | | 係長 |  | | | 係員 |  | | |