|  |
| --- |
| **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 |  |