

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

＜あて先＞ 愛媛県後期高齢者医療
内子町長

内子町の介護保険自己負担額証明書のみを申請する場合（期間途中転出者・住所地特例者など）

令和〇〇年〇月〇〇日

□下記対象者について、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。

なお、各市町医療費助成事業（重度心身障害者医療費助成事業等）の対象となる医療費に係る高額介護合算療養費は、その受領に関する権限を内子町に委任します。

☑下記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

申請者	フリガナ	ウチコ タロウ	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	氏 名	内子 太郎		
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇 〇〇〇番地		

・世帯 枚中 枚目

書送付代表者 □

内子町の介護保険被保険者ご本人（被保険者ご本人死亡の場合を除く）の
情報を記入及び押印して下さい
被保険者ご本人死亡の場合は、相続人の方の情報を記入及び押印して下さい

◆ 申請にあたり、世帯員の個人住民税の課税状況、及び他

申請対象年度	〇〇 年度	申請区分	① 新規	2. 変更	3. 取下げ	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・海外移住者なし）			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・海外移住者あり）		4. 死亡・海外移住者計算期間中申請						
対象者氏名	内子 太郎		生年月日	明治 大正 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2						
資格情報	国保	保険者番号	内子町の介護保険被保険者ご本人の情報を記入下さい 加入期間は、期間中に死亡等で内子町での資格を喪失された方は、その日まで の期間をご記入下さい						介護保険被保険者ご本人のマイナンバー（個人番号） を記入して下さい（不明の場合は空欄） 年 月 日 ～ 年 月 日					
	後期	保険者番号												
	介護	保険者番号	保険者名称	被保険者番号	加入期間									
		3 8 4 2 2 2	内子町	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇年 8 月 1 日 ～ 〇〇年 7 月 31 日									
保険者加入歴		保険者名	加入期間	自己負担額証明書整理番号	備 考									
	1	内子町の介護保険被保険者ご本人（被保険者ご本人死亡の場合は相続人）の情報を記入下さい 被保険者ご本人（被保険者ご本人死亡の場合は相続人）名義の振込口座でない場合は、裏面の委任状欄 もご記入下さい							年 月 日 ～ 年 月 日 者医療 2. 心身障害者医療 3. 母子家庭医療					
	2													
	3													

振込先	銀行	〇〇	本店	〇〇	預金種別	口座番号						口座名義人（カタカナ）						口座管理番号	
	信用金庫	〇〇	支店	〇〇	1. 普通	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇						(ウチコ ハナコ)							
	信用組合		支所		2. 当座							内子 花子							
	農 協		出張所		3. その他													振込先口座 管理番号	

受付印	受付
	入力
	確認

委任状

(あて先) 愛媛県後期高齢者医療広域連合長
内子町長

振込先が介護保険被保険者ご本人（被保険者ご本人死亡の場合は相続人）名義の口座でない場合のみ、委任状欄にご記入下さい

令和〇〇年〇〇月〇〇日

私が愛媛県後期高齢者医療広域連合、及び内子町より支払いを受ける高額医療・高額介護合算療養費について、表記の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者)		受任者 (口座名義人)	
住所 〇〇市〇〇〇 〇〇〇番地	氏名 内子 太郎 印	住所 〇〇市〇〇〇 〇〇〇番地	氏名 内子 花子

念書

(あて先) 愛媛県後期高齢者医療広域連合長
内子町長

介護保険被保険者が死亡された場合のみ
念書欄にご記入下さい

令和 年 月 日

死亡者	氏 名		
相続人	住 所		
	氏 名	印	続柄

年 月 日 の死亡により、高額医療・高額介護合算療養費申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、愛媛県後期高齢者医療広域連合、及び内子町には一切ご迷惑はおかけいたしません。