

様式第9号の3(第19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	年度	申請区分	新規・変更・取下げ				支給申請書整理番号		
フリガナ			生年月日	個人番号	性別	計算期間の始期及び終期			
氏名						年 月 ~ 年 月			
国保	保険者番号	被保険者証記号・番号	続柄	保険者名称			加入期間		
							年 月 日から	年 月 日まで	
後期	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 (銀行・支店コード)	銀行 信用金庫 農協	本店	普通 当座 その他	口座番号()		振込先口座 管理番号	
窓口払い 口座振込				()		支店	()	フリガナ 名 義()	
保険者 加入歴	保険者等名称		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		備考(計算期間中の受診歴等)		
	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						

- 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。
- 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。

年 月 日
大和郡山市長 様

住 所 _____
氏 名 _____ 印
電 話 _____

枚中 枚目