

# 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	平成 年度	申請区分	1 新規 2 変更 3 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	枚中	枚目
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・海外移住等計算期間中申請						

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	個人番号	
被保険者氏名						計算期間	～

被保険者資格	後期	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
		39260005		京都府後期高齢者医療広域連合	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
	介護	保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
					平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

振込口座	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	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	口座管理番号
					1 普通 2 当座 3 貯蓄		口座名義人	

他の加入歴	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
		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		

委任	私は、高額介護合算療養費の（申請・受領）を代理人に委任します。（該当するものを○で囲んでください。受領を委任する場合は、代理人と口座名義人を同じにしてください。）			
	代理人	住所	氏名	
	委任者（被保険者）	氏名	Ⓜ	

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長 計算期間の末日に加入していた介護保険を運営する市町村の長	年	月	日	
(申請者)				
郵便番号				
住所				
氏名				
Ⓜ				
電話番号				
- -				
<この申請書は、計算期間の末日時点で加入していた京都府内の市町村の介護保険への申請を兼ねますので、その介護保険への手続は不要です。>				