

様式第38号(第21条の2関係)

高額医療合算介護サービス費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

フリガナ			支給申請書 整理番号	-	
被保険者氏名			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	年 月 日生		性別	男・女	
住所	電話番号				
自己負担額証明書が必要な期間	年度	年 月 ~ 年 月			
加入医療保険	区分	1 国保 2 後期 3 介護 4 被用者		保険者番号	
	保険者名称				
	被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	続柄	1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員
	加入期間	~		保険者 加入歴	有・無
砥部町長 様 上記のとおり「高額医療合算介護（介護予防）サービス費」及び「高額医療合算総合事業サービス費」（以下「高額医療合算介護サービス費等」といいます。）の支給を申請します。 なお、申請に当たり、世帯等の個人住民税の課税状況等を担当職員が確認することに同意します。 年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 (印)					

- 注意
- ・介護保険の自己負担額と医療保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額医療合算介護サービス費等として支給されます。
 - ・給付制限を受けている方については、高額介護（医療）合算療養費の支給ができない場合があります。
 - ・年度（計算期間）が変わるごとに申請が必要です。
 - ・自己負担額証明書が交付されてから、1年以内に医療保険者から計算結果連絡票が送付されないときは、申請の取下げとみなし、再度申請していただくことがあります。

高額医療合算介護サービス費等を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所	種 目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

町記入欄

区分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	

◎受取金融機関を、被保険者（利用者）本人以外の口座にする場合は御記入ください。

委 任 状	
年 月 日	
砥部町長 様	
私が砥部町から支払を受ける高額医療合算介護サービス費等について、次の預金口座に振り込むことを委任します。	
委 任 者 (申請者)	住所
	氏名
受任者 (口座名義人)	住所
	氏名
	電話番号

◎被保険者（利用者）本人が亡くなられ、相続人が申請する場合は御記入ください。

念 書	
年 月 日	
砥部町長 様	
年 月 日 _____の死亡により、砥部町から支払を受ける高額医療合算介護サービス費等の受領について、相続人の間において異議が生じても私が責任をもって解決し、砥部町には一切迷惑をお掛けいたしません。	
委 任 者 (申請者)	住所
	氏名
受任者 (口座名義人)	住所
	氏名
	電話番号