

様式第 28 号の 4(第 29 条の 3 関係)

高額医療合算介護(介護予防)サービス費
支給兼自己負担額証明書交付申請書

フリガナ												
被保険者氏名												
被保険者番号		保険者番号										
生年月日		年 月 日		個人番号								
住 所		魚津市		性別		男 ・ 女						
住 所		魚津市		電話番号		—						
魚津市における介護保険の加入期間		年 月 日～		年 月 日								
年 7 月末日時点で加入していた医療保険者の所在地・名称												
		氏 名		生 年 月 日		性別		介護保険の被保険者の場合 被保険者番号を記載				
世帯構成	世帯主											
	世帯員											
魚津市長 あて 上記のとおり高額医療合算介護(介護予防)サービス費を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 印 電話番号 —												

- (注意) 1 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(介護予防)サービス費として支給されます。
- 2 合算対象の世帯内に介護保険の自己負担額がある被保険者が複数いる場合は、被保険者ごとに申請が必要です。
- 3 「世帯構成」欄には、支給対象期間の末日(7月末日)時点に加入している医療保険における世帯構成を記入して下さい。(被用者保険については、「世帯主」欄に被保険者、「世帯員」欄に被扶養者を記入、後期高齢者医療については「世帯主」、「世帯員」の区分にかかわらず記入して下さい。)
- 4 介護保険被保険者証が交付されていない被保険者は、「世帯構成」欄の介護保険被保険者番号の記入は不要です。
- 5 高額医療合算介護(介護予防)サービス費が支給される場合、支給金額は下記の指定口座に振り込まれます。
- 6 給付制限を受けている方については、高額医療合算介護(介護予防)サービス費の支給ができない場合があります。

高額医療合算介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行 金融機関コード		本店支店出張所		種 目		口座番号			
	フリガナ		店舗コード		1 普通預金					
	口座名義人				2 当座預金					
					3 その他					

市記入欄

区 分	世帯集約番号	給付制限状況	備 考
1 単 独		有 ・ 無	
2 合 算		給付割合	