**様式第２９号の２（第５２条の２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** | **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** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | | |  | | | | **生年月日** | | | |  | | | | | | | **性 別** | |  | | | **計算期間の始期及び終期** | | | | | | | |  | |
| **氏名** | | |  | | | |
| **個人番号** | | | |  | | | | | | |
| **国民健康保険資格情報** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **保険者番号** | | | | | **被保険者証記号** | | **被保険者証番号** | | | | | **続き柄** | | | | **保険者名称** | | | | | | | | | | | **加入期間** | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | **1. 世帯主**  **2. 擬制世帯主**  **3. 世帯員** | | | |  | | | | | | | | | | | **年　　月　　　日から　　　　年　　月　　日まで** | | | | | |
| **後期高齢者医療資格情報** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | |
| **介護保険資格情報** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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**  **記入欄** | **金融機関名** | **金融機関コード** | | | | **店名** | | | **店舗コード** | | | | **種　目** | | **口座番号** | | | | | | | | | | | **フリガナ** |  | **振込先口座**  **管理番号** |
| **1. 窓口払い**  **2. 口座振込** | |  |  |  |  |  |  |  | | **1. 普通預金**  **2. 当座預金**  **9. その他** | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | **口　座**  **名義人** |  |
| **１** | |  |
| **保険者**  **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** | | | | | | | | | | | | | **備考欄** | | | |  | | |
| **１** |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **２** |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **３** |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **鹿沼市長　宛**  **①　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。**  **②　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。**  **※　自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、①・②のいずれも丸で囲んでください。**  **高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合は、①のみを丸で囲んでください。** | **年　　　　月　　　　日**  **郵便番号　　　　　　　　　　　住　　所**  **申請代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請代表者個人番号**  **氏　　名**  **電話番号** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **枚中** |  | **枚目** |