**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** |