

介護保険 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

| | | | | |
|---|--|--------|--------|--------------------|
| | | 申請対象年度 | 平成 | 年度 |
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> 支給兼自己負担額証明書交付申請 <input type="checkbox"/> 自己負担額証明書交付申請 | | | |
| フリガナ | | 保険者番号 | 153858 | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 住所 | 〒 電話番号 | | | |
| 阿賀町における介護保険の加入期間 | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | | | |
| 基準日時点で加入していた医療保険者の名称及び所在地 | (名称) (所在地) | | | |
| | 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 |
| (合算対象者) 世帯構成 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 阿賀町長 様 | | | | |
| 上記のとおり、高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給及び自己負担額証明書の交付を申請します。 | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | |
| 住所 | | | | |
| 申請者 電話番号 | | | | |
| 氏名 ⑩ 被保険者との関係 () | | | | |

介護保険高額医療合算介護（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。
 ※自己負担額証明書交付申請のみの場合は、下記口座振替依頼書のご記入は必要ありません。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|-----------------------|----|------------------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座振替依頼欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | 本店 支店 出張所 支所 | 種目 | 1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他 | 口座番号 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | | | |
| 委任状 | *被保険者の口座がない場合必ず記入して下さい。 平成 年 月 日 住所 受託者 (口座名義人) 氏名 ⑩ (被保険者との関係：) 介護保険高額医療合算介護（介護予防）サービス費の受領を上記の者に委任します。 委託者 (本人) ⑩ | | | | | | | | | | | | |

※ご記入上の注意事項は裏面をご覧ください。

ご記入上の注意事項

・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。

・申請区分、該当する区分にチェックをしてください。

支給兼自己負担額証明書交付申請 → 自己負担額証明書の交付申請と支給の申請をあわせて行う場合。

自己負担額証明書交付申請 → 自己負担額証明書の交付のみを行う場合。
(亡くなられた方の世帯員の自己負担額証明書の交付や自己負担額証明書を紛失した場合等)

・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には、被保険者ごとに申請が必要です。

・「基準日」は通常、計算期間の7月31日が基準日となりますが、計算期間の途中で医療保険の被保険者でなくなり、計算期間の末日までに再び医療保険の被保険者とならない場合は医療保険の資格喪失日の前日が基準日となります。

・「世帯構成」欄には、基準日時点（7月31日）で加入している医療保険の世帯構成を記入して下さい。※被保険者（本人）については記入の必要はありません。

・介護保険被保険者証が交付されていない被保険者については、「世帯構成」欄の介護保険被保険者番号の記入は不要です。

・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。