

記入例:本人申請の場合

受付印

介護サービス
兼自己負担額証明

記入しないでください。

フリガナ	マツヤマ タロウ		支給申請書 整理番号	-										
被保険者氏名	松山 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
生年月日	明・大(昭) 9年 8月 1日													
住所	〒 790 - 0000													
	松山市二番町四丁目7-2		(089) 948 - 6885											
自己負担額証明書が必要な期間	●● 年度	●● 年 8月 ~	●● 年 7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	愛媛県後期高齢者医療広域連合			3	9	3	8	0	0	0	1		
	被保険者証 記号・番号	(記号)	— (番号) 00654321		続柄		1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員							
	加入期間	R●●.■.◆ ~ R△△.7.31	保険者 加入歴		(有)・無									
<p>(宛先) 松山市長</p> <p>上記のとおり「高額医療合算介護(介) (以下、「高額医療合算介護サービス費等」として)をあわせて、介護サービス費等自己負担額を軽減し、なお、申請にあたり、世帯等の個人負担額を軽減する。</p> <p>●● 年 △△ 月 □□ 日</p> <p>住所 〒 790 - 0000 松山市二番町四丁目7-2</p> <p>(申請者) 氏名 松山 太郎</p> <p>(自署) 松山 太郎</p> <p>電話番号 (089) 948 - 6885</p>														

対象期間中に、現在加入している医療保険以外の保険があったときは「有」に○をしてください。

自署若しくは代筆記載をお願いします。

高額医療合算介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

受取金融機関等	フリガナ	銀行 本店	支店	種別					
	信用金庫	農協	出張所	① 普通預金					
	農協	支所	支所	② 当座預金					
フリガナ	マツヤマ タロウ		種別	③ 隔地払					
口座名義人	松山 太郎		口座番号						
			9	8	7	6	5	4	3

- (※注) ・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り下げとみなし、再度申請していただくことがあります。

【松山市記入欄】

世帯状況	給付制限状況	備考	金融機関コード	担当	入力	受付
		記入しないでください。				

◎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ご記入ください。

委 任 状	
年 月 日	
(宛先)	委任状の欄へのご記入は、 不要です。
私	サービス費等について、
下記の預金口座に振り込みすることを委任します。	
委任者 (申請者)	住所
	氏名
受任者 (口座名義人)	住所
	氏名
	電話() -

◎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ご記入ください。

念 書	
年 月 日	
(宛先)松山市長	念書の欄へのご記入は、 不要です。
	の死亡により、松山市から
	頂について、相続人の間
	において異議が生しても私が責任をもつて解決し、松山市には一切迷惑をおかけいたしません。
相続人	住所
	氏名 続柄