

高額医療合算介護（介護予防）サービス費支給申請書

年 月 日

（宛先）金沢市長

高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											個人 番号										
	フリガナ											生年月日				年 月 日生						
	氏名																					
	住所																					
	計算期間における介護保険の 加入期間			年 月から 年 月まで																		
	基準日に加入して いた医療保険者		名称																			
所在地																						

申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

申請者氏名											連絡先										
申請者住所											本人との関係										

合 算 対 象 者	被保険者番号											個人番号											氏 名											生年月日				
																																			年 月 日生			
																																			年 月 日生			
																																			年 月 日生			
																																			年 月 日生			

上記の高額医療合算介護（介護予防）サービス費は、下記の口座に振込んでください。

振 込 口 座	金融機関	(金融機関名)																				
		(支 店 名)																				
	預金種別	1 普通預金 2 当座預金 3 納税預金 4 貯蓄預金										口座番号										
	口座名義人	(フリガナ)																				
(漢字)																						

注意 本人名義の口座を指定してください。

確 認 欄	番号	番号カード・通知カード・住民票・端末・()										代理	法定・委任状・本人発行									
	本人	番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・国保・後期高齢)・負担割合証・()																				