

# 高額介護(医療)合算療養費支給兼自己負担額証明書交付申請書

フリガナ				保険者番号																	
被保険者名				被保険者番号																	
生年月日	平成	年	月	日生	性別																
住所																					
平成20年度の黒滝村における介護保険の加入期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日												
平成20年3月末時点で加入していた医療保険者の名称				医療保険者の所在地																	
世帯構成	世帯主	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														
	世帯員		平成 年 月 日生																		
			平成 年 月 日生																		
			平成 年 月 日生																		
			平成 年 月 日生																		
黒滝村長 辻村源四郎様 下記のとおり高額介護(医療)合算療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号																					

注意 ・ 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介護(医療)合算療養費として支給されます。  
 ・ 高額介護(医療)合算療養費が支給される場合、支給金額は下記の指定する口座に振り込まれます。  
 ・ 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。

高額介護(医療)合算療養費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替		銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所	種目	口座番号														
	金融機関コード	店舗コード			1.普通預金															
依頼欄					2.当座預金															
					9.その他															
	フリガナ																			
	口座名義人																			

村記入欄

区	世帯集約番号	給付制限状況	備考
1.単独		有・無 給付割合	
2.合算			