**【総合事業】高額医療合算総合事業サービス費等支給申請書　兼　自己負担額証明書交付申請書**

**※太枠部分を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請対象年度 | 令和　年度 | 申請区分 | 新規　・　変更　・　取り下げ | 支給申請書整理番号 |  |
| 計算期間 | 令和　年　月　日～令和　年　月　日 |

**１.被保険者ご本人**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| カナ氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 個人番号(マイナンバー) |  |

**2.被保険者の後期高齢者医療情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | 後期高齢者被保険者番号 | 広域連合名称 | 加入期間 |
| 39300009 |  | 和歌山県後期高齢者医療広域連合 | 令和　年　月　日～令和　年　月　日 |

**3.被保険者の介護保険情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | 被保険者番号 | 保険者名称 | 加入期間 |
| 304287 |  | 串本町 | 令和　年　月　日～令和　年　月　日 |

**4.振込口座(本人または血族の方の口座をご記入ください)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 金融機関コード | 支店名 | 店舗コード | 種目 | 口座番号 | フリガナ |  |
|  | 銀行信金農協 |  |  |  |  |  | 本店支店出張所 |  |  |  | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  | 口　座名義人 |  |

**5.申請者情報(支給申請の他に自己負担額証明書の交付を希望される場合は②にも✓を入れてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 和歌山県後期高齢者医療広域連合長　様(宛先)串本町長　様上記対象者について　☑①高額介護合算療養費(総合事業)の支給を申請します。　□②自己負担額証明書の交付を申請します。 | 申請代表者 | 申請日 | 令和　　年　　月　　日　 |
| 住所 | 〒　　　- |
| 氏名 |  |
| 被保険者との続柄 | 本人　・　配偶者・　子　・　その他：　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |