第11号の2様式（第16条関係）

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ

（保険者等記入欄）

支給申請書整理番号	

フリガナ		生年月日	年 月 日 生	性別		個人番号（職権記載 □）	
氏名						計算期間の始期及び終期	

国民健康保険資格情報					
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
	苫小牧			苫小牧市	年 月 日 から 年 月 日 まで

後期高齢者医療資格情報			
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
			年 月 日 から 年 月 日 まで

介護保険資格情報			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年 月 日 から 年 月 日 まで

支払方法	口座管理番号	振込口座記入欄		金融機関コード		店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		振込先口座管理番号
口座振込			銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人		

保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1		年 月 日から 年 月 日まで		
	2		年 月 日から 年 月 日まで		
	3		年 月 日から 年 月 日まで		

〒053-8722　　苫小牧市旭町４丁目５番６号

年　月　日

苫小牧市長　様

郵便番号　　住所

申請者代表

氏名　　印　署名欄

電話番号　（　　）

個人番号

（職権記載　□　）

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。

高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

	枚中		枚目