

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

〒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		
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。		申請者代表		
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。		氏名		
※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。		電話番号		
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。		()		
		個人番号		
		(職権記載 ☐)		