

記入前に必ず下記の注意書きをお読みください。

医療合算

高額医療合算介護（介護予防）サービス費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

（記入例）

申請対象年度	平成 20 年度分		
フリガナ	カ イ ゴ タ ロ ウ		
被保険者氏名	介 護 太 郎	介護保険者番号	2 7 1 0 0 7
		被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
生年月日	明・大 昭 3 年 3 月 3 日生	性別	男 ・ 女
住 所	〒530-8201 大阪市 北区中之島1-3-20 電話番号 06-6208-8036		
申請対象年度における大阪市介護保険の加入期間	平成20年4月1日～平成21年7月31日		
医療保険者の保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
申請対象年度の7月末時点で加入していた医療保険者の名称	健康保険組合		
医療保険における被保険者証記号番号	健 1 2 3 4 5 6		
医療保険者の所在地	〒530-8201 大阪市北区扇町2-1-27 電話番号 06-6313-9859		
<p>大阪市長</p> <p>上記のとおり高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給及び大阪市介護保険自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>平成21年 8 月 3 日</p> <p>住所 大阪市北区中之島1-3-20</p> <p>申請者 氏名・印 介 護 太 郎 電話番号 06-6208-8036</p>			

高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給のために必要がある場合は、大阪市が私及び私の世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。

被保険者 氏名・印 介 護 太 郎

- 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、その超えた額を支給します。
 - ・ 合算対象の世帯内に介護保険の自己負担のある被保険者が複数存在する場合は、被保険者ごとに申請が必要となります。
 - ・ すでに支給した対象年度の高額医療合算介護（介護予防）サービス費の額が変更となった場合、以降の支給時に調整する場合があります。
 - ・ 給付制限を受けている方については、高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。

（市記入欄）

申請区分	(新規申請 変更申請 取下申請 精算申請)
------	-------------------------

届出人の本人確認

- 健康保険証 運転免許証
 パスポート その他()

サービス利用者本人と代理受領者の関係

家族・親族 続柄()
 戸籍 住基台帳 その他

あんしんさほーと事業依頼人

- 契約書写し 職員証 通帳

成年後見制度依頼人

- 登記事項証明書 選任決定書

決 裁 欄	担当課長	課長代理	担当係長	係員	

入力
/