

様式17の2 (第16条の3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	個人番号
--------	----	------	------	------	-------	------

フリガナ		生年月日	年	月	日生	性別	男・女	計算期間の始期及び終期	年	月	～	年	月
氏名													

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号番号	続柄	保険者名称	加入期間
		1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		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

支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融期間コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
1.窓口払い 2.口座振込						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		

〒484-8501 愛知県犬山市大字犬山字東畑36番地  
犬山市長 原 欣伸 様

令和 年 月 日  
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。

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。

申請代表者  
電話番号