様式第31号の2 （第21条の3関係）

高額介護合算療養費等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		申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	支給申請書整理番号	
申請形態	1. 計算期間末日以降申請 （ □ 期間中死亡・生保適用・海外移住者なし □ 期間中死亡者あり □ 生保適用・海外移住者あり）					2. 死亡・海外移住等計算期間中申請	

フリガナ		生年月日	年 月 日 生	個人番号	
氏 名				計算期間の始期及び終期	

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
39392022		高知県後期高齢者医療広域連合	
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

支払方法	振込先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	本 店 支 店 出張所	店舗コード	種別	口座番号	フリガナ	
口座振込						1. 普通預金 2. 当座預金 3. 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			

高知県後期高齢者医療広域連合長 様
市町村長 様

令和 年 月 日

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。

〒
申請者 住所

なお、高額医療合算介護（予防）サービス費等の支給に当たり、担当職員が申請者世帯に係る住民税の課税状況等を調査することに同意します。
また、高知県後期高齢者医療広域連合から支給される高額介護合算療養費については、被保険者が受給している重度心身障害者医療の実施市町村が受領することに同意します。

氏名

電話番号