第　　　　　　号

様式番号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

**高額医療合算介護予防サービス費相当事業費の支給申請のお知らせ**

**固定文言１**

　下記のとおり、高額医療合算介護予防サービス費相当事業費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。

記載している申請先で支給申請の手続きを行ってください。

　なお、既に医療保険者からのお知らせより申請を行っている場合は、このお知らせによる申請は不要となりま

す。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計算期間 | ～ | | |
| 計算年月日 |  | | |
| 計算期間中の総合事業  自己負担額の合計額 |  | 支給（予定）金額 |  |
| 給付の種類 |  | | |
| **固定文言２**  備考 | **固定文言３＋編集１** | | |

**自由記載１**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 世帯員 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （申請先） | |
| ●●市○○○○課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |