

高額介護合算療養費等支給額計算結果連絡票

フリガナ 対象者氏名			
生年月日			
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		被保険者記号	
被保険者番号		対象年度	
計算対象期間	～		
世帯負担総額	円		
介護等合算一部負担金等世帯合算額	円		
70歳以上介護等合算一部負担金等世帯合算額	円		
所得区分	(70歳以上：		
介護等合算算定基準額	円		
70歳以上介護等合算算定基準額	円		
世帯支給総額	円（うち70歳以上分：		
按分後の支給額	円（うち70歳以上分：		
備考	※詳細は別紙参照		

000-0000 (所在地) ○○市 1 丁目 2 番 3 号

○○市介護保険課 御中

左記のとおり連絡します。

年 月 日

000-0000

(所在地) ○○市 1 丁目 2 番 3 号

○○ ○○

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000

連絡票整理番号 ()

【計算結果の内訳】

[illegible]