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：　　円）		
按分後の支給額	円（うち70歳以上分：　　円）		
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
○○市○○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】

保険者名	自己負担額証明書整理番号	対象者氏名	① 70歳以上負担額	② 70歳以上按分率	③ ①に係る支給額	④ 70歳未満負担額	⑤ ④＋(①－③)	⑥ 按分率	⑦ ⑤に係る支給額	⑧ ③＋⑦
計										