第　　　　　　号

様式番号

窓空宛名

**介護保険（総合事業）自己負担額証明書**

**固定文言１**

次のとおり証明いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | 証明対象年度 | |  | |
| 自己負担額証明書整理番号 | | | |  | | | | | |
| 保険者番号 |  | | | | | 被保険者番号 | |  | |
| 対象となる計算期間 | | | | ～ | | | | | |
| 計算期間において被保険者であった期間 | | | | ～ | | | | | |
| サービス提供年月 | | 自己負担額 | | | うち70歳～74歳の者に係る  自己負担額 | | | | 摘要 |
| 年　　８月分 | |  | | |  | | | |  |
| ９月分 | |  | | |  | | | |  |
| １０月分 | |  | | |  | | | |  |
| １１月分 | |  | | |  | | | |  |
| １２月分 | |  | | |  | | | |  |
| 年　　１月分 | |  | | |  | | | |  |
| ２月分 | |  | | |  | | | |  |
| ３月分 | |  | | |  | | | |  |
| ４月分 | |  | | |  | | | |  |
| ５月分 | |  | | |  | | | |  |
| ６月分 | |  | | |  | | | |  |
| ７月分 | |  | | |  | | | |  |
| 計 | |  | | |  | | | |  |
| 年　　月　　日  〒  電話番号 | | |  | | | | 印  ○○市（町村）長 | | |

【保険者連絡用】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【医療保険者向け連絡事項】

・この証明書は、高額医療合算介護予防サービス費相当の支給額計算を行うために使用するものであるため、計算基準日時点の介護保険者に原本を提供して下さい。

・当該証明書記載の自己負担額は、医療保険者が行う支給額計算に含めないで下さい。

（お問合せ先）

●●市介護保険課

住　　所　　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　　987-6543-2111　　　FAX番号　123-456-7890

メール　　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

（計算結果送付先）

住　　所

電話番号