

介護保険 高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）支給申請書

フリガナ				保険者番号	2	7	1	0	0	7	
被保険者氏名				被保険者番号							
個人番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住 所	〒			電話番号	()						
	氏名		生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号						
世帯構成	世帯主										
	世帯員										
大阪市長											
上記のとおり関係書類を添えて高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）の支給を申請します。											
令和 年 月 日											
住所											
申請者			電話番号	()							
氏名											

なお、高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）の支給のために必要がある場合は、
保険者が被保険者及び被保険者の世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。

申請者 氏名

- 注意
- ・給付制限を受けている方については、支給ができない場合があります。
 - ・すでに支給した月の高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）の額が変更となった場合、以降の支給時に調整する場合があります。

市 記入欄

提出者	委任状	成年後見制度依頼人	提出者の確認		入力日		
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	<input type="checkbox"/> 運転免許証				
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 選任決定書	<input type="checkbox"/> 個人番号カード				
	提出方法	あんサボ事業依頼人	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証				
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 契約書写し	<input type="checkbox"/> 医療被保険者証				
		<input type="checkbox"/> 職員証	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証				
		<input type="checkbox"/> 通帳	<input type="checkbox"/> その他				
	被保険者と代理受領者との関係			開始給付月			
	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親族 続柄 ()	<input type="checkbox"/> 戸籍	<input type="checkbox"/> 住基台帳			年 月 日	
		<input type="checkbox"/> その他 ()				備考	
	区分		給付制限				
<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 世帯		<input type="checkbox"/> 有(3割・4割) <input type="checkbox"/> 無					
決 裁 欄	課長	課長代理	係長	係員			

介護保険 高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）支給申請書

記入例

フリガナ	カイゴ タロウ			保険者番号	2 7 1 0 0 7
被保険者氏名	介護 太郎			被保険者番号	▲▲▲▲▲▲▲▲
生年月日	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日生			性別	男
住所	〒○○○-○○○○ 大阪市中央区○○一-2-27			同じ世帯全員の記載が必要です。	
世帯構成	世帯主	氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号
	世帯員	介護 太郎	昭○年○月○日	男	▲▲▲▲▲▲▲▲
		介護 花子	昭○年○月○日	女	▲▲▲▲▲▲▲▲
<p>申請者は 相続人の住所・氏名を記入してください</p> <p>護（介護予防）サービス費（相当事業費）の支給を申請します。</p> <p>令和 令和 年 ○月 ○日</p> <p>住所 大阪市中央区○○一-2-27</p> <p>申請者 氏名 介護 太郎</p> <p>電話番号 ○○(○○○○)○○○○</p>					

なお、高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）の支給のために必要がある場合は、
保険者が被保険者及び被保険者の世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。

申請者 氏名 介護 太郎		注意 指定を受けている方については、支給ができない場合があります。 すでに支給した月の高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）の額が変更となった 場合、以降の支給時に調整する場合があります。			
市 記入		<p>相続人氏名を記入してください。</p> <p>後見制度依頼人 民事事項証明書</p> <p><input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 選任決定書</p> <p><input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 提出方法 <input type="checkbox"/> あんサボ事業依頼人</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 契約書写し</p> <p><input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 職員証</p> <p><input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 通帳</p> <p>被保険者と代理受領者との関係</p> <p><input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 戸籍</p> <p><input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 住基台帳</p> <p>続柄 () <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>開始給付月</p> <p>年 月 日</p> <p>備考</p> <p>区分</p> <p>給付制限</p> <p><input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 有 (3割・4割)</p> <p><input type="checkbox"/> 世帯 <input type="checkbox"/> 無</p>			
決 裁 欄	課長	課長代理	係長	係員	