

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						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	個人番号					
住所	〒			電話番号	()					
	氏名	生年月日	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									
<p>大阪市長</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏名</p>										
<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、保険者が私及び私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。</p> <p>被保険者 氏名</p> <p>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。</p>										

市 記入欄

提出者	委任状	成年後見制度依頼人	提出者確認添付資料			備考
<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"/> なし	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 選任決定書	顔写真付き (1点) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()			
	提出方法	あんサポ事業依頼人	顔写真なし (2点)			
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 契約書写し <input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> 通帳	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	被保険者と代理受領者との関係					
	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親族 続柄 ()	<input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 住基台帳 <input type="checkbox"/> その他 ()				
区分	給付制限		開始給付月			
<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 世帯	<input type="checkbox"/> 有 (3割・4割) <input type="checkbox"/> 無	年 月 日				
課長	課長代理	係長	係員			入力日

決
裁
欄