

フリガナ	オオサカ タロウ			保険者番号	2	7	1	0	0	7				
被保険者氏名	大阪 太郎			被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
				個人番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1
生年月日	明・大(昭)5年 1月 1日生			性別	男 · 女									
住所	〒541-0041 大阪市中央区北浜△-△-△			同じ世帯全員の記載が必要です。										
世帯構成	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										
	世帯主	大阪 太郎	昭和5年1月1日	男	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		大阪 花子	昭和15年3月3日	女	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
大阪 申請者	申請者名は ①本人申請の場合は本人氏名 ②代理人申請（本人の口座がない場合等）の場合は代理人氏名 ③相続人申請（本人死亡）の場合は相続人氏名 ④成年後見人の場合は「〇〇成年後見人 △△」 と記入してください。			費）の支給を申請します。										
申請者	大阪市中央区北浜△-△-△			電話番号 06 (6208) 8033										
	氏名 大阪 太郎													

なお、高額介護（介護予防）サービス費（相当事業費）の支給は、被保険者が私及び私の世帯員の所得の状況等について

被保険者 氏名 **大阪 太郎**

- 注意
- ・ 給付制限を受けている方には、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必要があります。

申請者が③の相続人で、被保険者と別世帯の方が相続人となる場合は、この「私及び私の～」を2重線で消して、「被保険者及び被保険者の～」と訂正してください。

申請者によって記入する氏名が変わります。

上記の申請者が

- ①被保険者本人の場合は被保険者氏名
- ②代理人申請（本人の口座がない場合等）の場合は被保険者氏名
- ③相続人申請（本人死亡）の場合は相続人氏名
- ④成年後見人の場合は「〇〇成年後見人 △△」

を記入してください。  
また、③の場合においては、「被保険者」の箇所を2重線で消して、「申請者」と訂正してください。

確認	入力日					
申請者証						
開始給付月						
年 月 日						
備考						
課長	課長代理	係長	係員			

区分	給付制限
<input type="checkbox"/> 単独	<input type="checkbox"/> 有 (3割・4割)
<input type="checkbox"/> 世帯	<input type="checkbox"/> 無

決  
裁  
欄