

# 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 氏名印 <span style="float: right;">電話番号 ( )</span>															

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。

被保険者 氏名印 ○

- 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）**

区分	領収証確認欄	給付制限	備考
1 単独 2 世帯		有（給付割合）・無	

**届出人の本人確認**

- 個人番号カード     運転免許証  
 パスポート         その他 ( )

**サービス利用者本人と代理受領者の関係**

- 家族・親族 続柄 ( )  
 戸籍    住基台帳    その他 ( )

**あんしんサポート事業依頼人**

- 契約書写し    職員証    通帳

**成年後見制度依頼人**

- 登記事項証明書    選任決定書

	課長	課長代理	担当係長	係員		入力
決						/
裁						
欄						