

介護保険給付費等調整申出書

大 阪 市 長

私に、介護給付費（償還払いによる住宅改修費・福祉用具購入費・介護（介護予防）給付費）、介護保険高額介護サービス等給付費（相当事業費）および高額医療合算介護サービス等給付費（相当事業費）の返還金が発生した場合、別途決定された同給付費の未支給分を返還金と差し引く調整をおこなってください。

なお、調整の結果、未支給の同給付費に支給残額がある場合は、それぞれ事前に届け出ている振込口座に支給してください。

また、調整しても返還残額がある場合、または調整できなかった場合は、その旨の通知書に記載の納期限内に、大阪市に対して残額を支払います。

(被保険者)

被保険者番号 _____

住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____

印

電話番号 (_____)

下記の代理人に調整の申し出にかかる権限を委任します。

(代理人)

住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____

(本人との関係: _____)

電話番号 (_____)

(以下本市使用欄)

(代理人の) 本人確認 医療保険証 運転免許証 介護保険証 その他 (_____)代理人と被保険者の関係 家族・親族 続柄 (_____)
→ 戸籍 住基台帳 その他 (_____) 成年後見制度依頼人
→ 登記事項証明書 選任決定書 あんしんさぽーと事業依頼人
→ 契約書写し 職員証 通帳 その他 (_____)
→ (_____)

担当者	入力日