

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	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
生年月日	明・大 [○] 昭5年 1月 1日生		個人番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
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	世帯主	大阪 太郎	昭和5年1月1日	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6										
	世帯員	大阪 花子	昭和15年3月3日	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5										
大阪市長 上記のとおり関係書類を添えて 令和3年 4月 1日 住所 大阪市中央区北浜△-△-△ 申請者 氏名 大阪 太郎 電話番号 06 (6208) 8033														
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。														
なお、高額介護（介護予防）サービス費の支給対象となる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 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。														
注意 ・給付制限を受けている方については、給付ができません。 ・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は、申請書に記入してください。														
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。														
資料		備考												
者証														
区分	給付制限	開始給付月												
<input type="checkbox"/> 単独	<input type="checkbox"/> 有 (3割・4割)	年 月 日												
<input type="checkbox"/> 世帯	<input type="checkbox"/> 無													
課長	課長代理	係長	係員	入力日										
決	裁	欄												