

介護保険高額介護(介護予防)

<記入例>

介護保険被保険者証に記載の  
0から始まる10桁の番号です。

フリガナ	ヒガシオカ 太郎	被保険者番号	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
被保険者氏名	東大阪 太郎	マイナンバー 個人 番号	▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲
生年月日	明・大(昭)西暦 ○年 ○月	不明な場合は記入不要 (男)・女	
住所	〒○○○ - ×××× 電話番号 △△ (○○○) ×××× 東大阪市荒本○丁目×番△号		

(あて先) 東大阪市長

上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費等の支給を申請します。併せて、私および私の世帯員の市町村民税の課税状況につき、市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

また、今後支給される高額介護サービス費等について、所得変更及び過誤調整等により、東大阪市長が支給した額が減額となった場合、翌月以降に支給される高額介護サービス費等と相殺することを承諾します。

令和○年△月□日

住所 東大阪市荒本○丁目×番△号

被保険者  
(相続人代表者  
又は法定代理人)

氏名 東大阪 太郎 電話番号 △△ (○○○) ××××

被保険者本人の住所、氏名および電話番号をご記入ください。  
被保険者がお亡くなりの方は、相続人代表者等の住所、氏名  
および電話番号をご記入ください。

※法定代理人(成年後見人、相続財産管理人、遺言執行者等)  
の方については、法定代理人の方の住所と氏名をご記入ください。  
(例: 東大阪 太郎 成年後見人 大阪 次郎)  
また、法定代理人であることが分かる登記事項証明書等の写し  
を添付してください。

申請手続きは不要となります。

情報をご記入ください。

は記号(5桁)をご記入ください。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	××	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	1 2 3 4	店舗コード	0 0 1	1 普通預金 2 当座預金 3 貯蓄預金 4 その他
	フリガナ	ヒガシオカ 太郎			
口座名義人	東大阪 太郎				

右づめでご記入ください。  
空欄になった部分は“0”  
でうめてください。

ゆうちょ銀行でも振り込み可能です。  
その場合、支店名は通帳に記載の漢数字3文字  
(不明な場合は5桁の記号)を記入してください。

受付印

下記欄は記入しないでください。

データ入力	受領委任	決定通知書	被保険者証	審査	受付者

※口座名義人が本人でない場合のみ記入してください。

人でない場合のみご記入ください

## 委任状

令和〇年△月□日

(被保険者)

住所 東大阪市荒本〇丁目×番△号

氏名 東大阪 太郎

私は、下記の者に介護保険法に基づく、高額介護(介護予防)サービス費等の口座振込を委任します。

記

住所 東大阪市荒本〇丁目×番△号

氏名 東大阪 花子

被保険者との続柄 妻

※被保険者がお亡くなりになられた場合のみご記入ください。

ご記入ください。

相続人代表者または  
法定代理人の住所、氏名等

(宛先) 東大阪市長

## 誓約書

令和〇年△月□日

相続人代表者  
(又は法定代理人)

住所

氏名

対象者との続柄

私は、東大阪市介護保険の高額介護(介護予防) **亡くなられた方の氏名** 算介護(介護予防)

サービス費等を含む)の請求及び受領に関し、(被保険者: \_\_\_\_\_)の

相続人代表者(又は法定代理人)として、一切の責任を負い、本件について紛議が生じても私の責任において解決することを誓約します。

※表面の口座振替依頼欄が被保険者本人の口座でない場合、口座名義人の本人確認書類(運転免許証・健康保険証等の写し)について追加提出を求める場合があります。