

介護保険高額介護(介護予防)サービス費等支給(変更)申請書《自動償還用》

【 新規 ・ 変更 】

フリガナ			被保険者番号																	
被保険者氏名			マイナンバー 個人 番号																	
生年月日	明・大・昭・西暦	年	月	日																
住所	〒 ー 電話番号 ()																			
	(宛先)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。 年 月 日																			
被保険者 (相続人代表者 又は法定代理人)	住所																			
	氏名 電話番号 ()																			

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護(介護予防)サービス費等が支給される場合、申請手続きは不要となります。
 ・ 給付制限を受けている方については、支給が出来ない場合があります。

高額介護(介護予防)サービス費等を下記の口座に振り込んでください。
 ※この申請書に振込先の口座情報が確認できるもの(通帳のコピー等)を添付してください。
 ※原則、被保険者本人(被保険者がお亡くなり場合は相続人代表者等)の口座情報をご記入ください。
 ※口座名義人が被保険者本人でない場合は、裏面記載の委任状が必要です。
 ※ゆうちょ銀行でも振り込み可能です。支店名は通帳記載の漢数字3文字もしくは記号(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		店舗コード		1 普通預金							
	フリガナ				2 当座預金							
	口座名義人				3 貯蓄預金							
					4 その他							

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

・以下の委任状につきましては、表面の口座振替依頼欄が被保険者本人でない場合のみご記入ください。

委任状

年 月 日

(被保険者)

住所 _____

氏名 _____

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 _____

氏名 _____

被保険者との続柄 _____

・以下の誓約書につきましては、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。

誓約書

年 月 日

(宛先) 東大阪市長

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)サービス費等(高額医療合算介護(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。