

介護保険高額介護サービス費受領委任払承認申請書 兼高額介護サービス費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
フリガナ			
被保険者氏名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号 ()		
入所(入院)年月日	年 月 日から		
利用者負担上限額	円	年 月利用分から	

摂津市長 様

私が利用する介護保険サービスに係る高額介護サービス費の受領権限を上記介護保険施設に委任することについて承認を得たいので、上記のとおり申請します。また、承認を受けた期間について、高額介護サービス費の支給を併せて申請し、その受領の権限を下記介護保険施設に委任します。

年 月 日

申請者兼
受領委任者
(被保険者本人) 住所
氏名

電話番号 ()

介護保険施設の同意書兼口座振替依頼書

摂津市から支給される被保険者 _____ 様に係る _____ 年 _____ 月利用分以降の高額介護サービス費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては大阪府国民健康保険団体連合会より口座振替払いをしてくださるようお願いいたします。

受領受任者
(介護保険施設) 所在地
名称
代表者

事業者コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※承認の要件

月途中の入所については、その翌月以降を承認可能月とします。また、月途中の退所の場合は、その前月までが承認月となります。

介護保険施設の同意がない場合は承認されません。

介護保険料の滞納がある場合及び給付制限を受けている場合は承認されません。

年間を通じて入所している被保険者分についても翌年7月サービス提供分をもって利用者負担上限額の見直しがありますので、この場合には改めて申請が必要です。

