

介護保険高額介護サービス費受領委任払承認申請書兼支給申請書

フリガナ		保険者番号	2	7	2	0	7	0			
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年		月		日	性別	男	・	女	
介護保険施設等の所在地及び名称	事業所番号										
	電話番号										
入所年月日	令和	年		月		日	開始月	令和	年	月	利用分から

(宛先) 高槻市長

上記介護保険施設等の利用に係る高額介護サービス費の支給について申請し、その受領権を上記介護保険施設等に委任することについて承認を受けたいので、申請します。

なお、この申請に係る審査のために市が申請者の世帯構成や、申請者及び世帯員の市町村住民税の所得状況について公簿により調査することに同意します。また申請者や世帯の所得状況など、高額介護サービス費利用者負担上限額の変更に伴う事由が発生した場合は、届け出ます。

令和 年 月 日

(被保険者) 住所

氏名

電話番号

介護保険施設等の同意書兼口座振込依頼書

高槻市から支給される上記被保険者に係る令和 年 月利用分以後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に届け出ている金融機関の口座に振込むよう依頼します。

(介護保険施設等) 所在地

名称

代表者氏名

(承認の条件)

1. 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、退所月までが承認月となります。
2. 公費負担との併用で利用者負担が発生しない方は対象となりません。
3. 介護保険施設等が大阪府内に所在すること。
4. 給付制限が適用されている場合は対象となりません。
5. 保険給付の事由が第三者の行為による場合は対象となりません。
6. 介護保険施設等の同意を得ていること。
7. 申請日より前の月を開始月とすることはできません。

(市記入欄)

1	2	3	4	5	
生保	S.H.R 年 月 日~				
老福					
境界層	S.H.R 年 月 日~				
利用者負担上限額					円