

高額介護サービス費受領委任払い承認申請書兼支給申請書

被保険者番号		保険者番号	272211
フリガナ		性別	
被保険者氏名		生年月日	
利用介護保険施設の所在地及び名称			
申請期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
入所年月日	令和 年 月 日		
利用サービスの内容			
利用者負担上限額	円	令和 年 月利用分から	

私が利用する施設サービスに係る高額介護サービス費の請求及び受領を下段の者に委任することについて承認を受けたいので上記のとおり申請します。また、下記の注意事項を確認した上で、介護保険施設に入院・入所中の高額介護サービス費の支給申請もあわせて申請します。

柏原市長 殿

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名

電話番号

〔注意事項〕

- ① 高額介護サービス費の支給のために必要がある場合には、保険者が私及び私の世帯員の所得の状況について調査することに同意すること。
- ② 「承認申請書」の記載内容に変更が生じた場合は、速やかに市役所に届け出ること。
- ③ 申し出の遅れによる本制度の非適用や、未申請による利用者負担上限額の変更に伴う高額介護サービス費の返還請求、保険料滞納による給付制限について了承すること。

介護保険施設の同意書

柏原市から支給される被保険者 様に係る令和 年 月利用分以降の高額介護サービス費の請求及び受領の権限について、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、高額介護サービス費受領委任分の支給にあたっては、大阪府国民健康保険団体連合会からの介護給付費受領と同じ金融機関の同じ口座に振り込んでくださるようお願いいたします。

令和 年 月 日

事業所番号 27

介護保険施設 所在地
 名称
 代表者氏名
 電話番号