高額介護等サービス費受領委任払承認申請書兼支給申請書（新規・更新）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 個人番号 |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | 特別養護老人ホーム　・　老人保健施設　・　介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用開始年月日 | | 年　　月　　日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限額 | | 円 | | | | | | | | | | | | 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等サービス費の受領権をサービス事業者に委任す  ることについて承認を受けたいいので、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と併せて申請します。  　四條畷市長　宛  　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　被保険者　氏名  　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＜施設記入欄＞  　入院、入所している介護保険施設に提出し、記入してもらってください。  サービス事業者の同意書兼口座振替依頼書  　四條畷市から支給される被保険者　　　　　　　　　　様に係る　　年　　月利用分以後の  高額介護等サービス費の受領権について、私が被保険者から委任を受け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た口座へ振替依頼します。  （サービス事業者）所在地  　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　代表者氏名  　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※必ずご記入ください。 | | | | | | 事業者コード番号 | | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| （承認の要件）  ○介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていないこと。  ○サービス事業者の同意を受けていること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領委任払いの承認を受けたときは、毎月の支給申請を省略できます。ただし、申請内容に変更  が生じた場合は、承認期間内であっても再申請してください。  四條畷市記入欄   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 課長 | 課長代理 | 主　任 | 主査 | 担当者 | 年　　月　　日  決　裁 | 収受欄 | |  |  |  |  |  |  | |