## 介護保険高額介護サービス費受領委任払承認及び支給申請書

フリガナ			保険者番号 271007								
		オオサカ タロウ	NICHE 7								
被保険者氏名		大阪 太郎	被保険者番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6								
生年月日		明·大·昭 5 年 1 月	月 日生 個人番号 0 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6								
住	所	〒541-0041 大阪市中央区北浜4-1-21	電話番号 06 (6208) 8033								
介護保険施設	名 称	中之島老人保健施設	事業所悉号 2 7 5 6 7 8 9 0 1 2								
			入所年月日 令和 <b>/</b> 1 年 <b>8</b> 月 <b>1</b> 日								
	所在地	〒530-8021									
		大阪市北区中之島1-3-20	(更新申請の場合は、)								
			電話番号 06 令和〇〇年8月1日と								
大阪市長 記入してください											
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記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併せて行い、申請書の 記載内容に変更が生じた場合は、速やかに区保健福祉センター介護保険業務担当に届けます。											
な	お、高額介	護サービス費の支給のために必要があ	ある場合は、保険者が所得の状況等について調査す								
ること、及び申出の遅延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について、それぞれ承認します。											
受り	しつ貝の		7 A 9 0								
	かけ口で公士	II A L. III L. II	令和 ○○年○○月○○日								
	被保険者	大阪 太郎	B S								
		電話番号 06 (620	08) 8033								
大	阪市から支		○○年 8月利用分以降の高額介護サービス費の								
請求	えび受領σ	権限について、私が当該被保険者から	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 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い。											
介護	<b>養保険施設</b>	<sup>名 称</sup> 中之島老人係	保健施設 令和 〇〇年〇〇月〇〇日								
所 在 地 <b>大阪市北区中之島1-3-20</b>											
		代表者氏名 中之島 花子									
		電話番号 06-9999-9999									

## 市 記入欄

提出者	委任状	提出者確認添付資料			施設サ	ービス種類		給付制限の適用					
□ 本人	本人 □ あり 顔写真付き (1点)				□ 介護老人福祉施設 □ なし								
□ 申請については郵送でも受け付けを行っております。 □ 送付先については、被保険者証に記載のある、各区保健 □ 福祉センターになります。													
		)	□ 非該当	Í									
適用年月日    利用		者負担額		課長	課長代理	係長	係員						
令和 年 月1日から	(令和 年	74   47   14   50   1.   3   7	決										
決定	承認(却下)通知	印書 入力	裁										
承認・却下		4	欄										