

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	オオサカ タロウ	保険者番号	2	7	1	0	0	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 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	事業所番号	2	7	5	6	7	8	9	0	1	2	
	所在地	〒530-8021 大阪市北区中之島1-3-20	入所年月日	令和〇〇年 8 月 1 日										
		電話番号 06		更新申請の場合は、令和〇〇年8月1日と記入してください。										

令和 〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者 氏名 大阪 太郎

電話番号 06 (6208) 8033

大阪市から支給される当該被保険者に係る令和 〇〇年 8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、私が当該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。

介護保険施設 名称 中之島老人保健施設 令和 〇〇年〇〇月〇〇日

所在地 大阪市北区中之島1-3-20

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
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> あり	顔写真付き (1点)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> なし
<p>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。</p>				
適用年月日		利用者負担額	課長	課長代理
令和 年 月1日から	円 (令和 年 月利用分から)			
決定	承認 (却下) 通知書	入力	係長	係員
承認・却下	送付・未送付	/		