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

記入例

フリガナ	オオサカ　タロウ	保険者番号	7
被保険者氏名	大阪　太郎	被保険者番号	0 1 2 3 9
		個人番号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9
生年月日	明・大・(昭)　5　年　1　月　日生	性別	(男)　・　女
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
		入所年月日	令和０１年　８月　１日
介護保険施設 所在地	〒５３０－８０２１ 大阪市北区中之島１－３－２０ 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。

大阪市長

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。

令和　〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者 氏名・印　大阪　太郎　(大)

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。

令和　〇〇年〇〇月〇〇日

介護保険施設　名　称　中之島老人保健施設

所在地　大阪市北区中之島１－３－２０

代表者氏名・印　中之島　花子　(代表)

電話番号　０６（　６２０８　）

（ここから下は記入しないでください。）

本人確認	□ 個人番号カード　□ 運転免許証等　□ その他（　　）

適用開始年月日	令和　　年　　月１日から	施設サービスの種類	介護老人福祉施設（地域密着型を含む。） 介護老人保健施設・療養型施設・医療院
利用者負担額	円　（令和　　年　　月利用分から）		
給付制限の適用	無・有（支払方法変更・保険給付の一時差止・給付額減額）	第三者行為	該当　・　非該当

入力	
／	上記のとおり　決定・却下　します。
	承認（却下）通知書　送付・未送付

決裁欄	担当課長	課長代理	担当係長	係員	