

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	2	7	1	0	0	7
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	個人番号						
住所	〒 電話番号 ()							
介護保険施設	名称	事業所番号	2	7				
	所在地	入所年月日	年 月 日					
		〒 電話番号 ()						

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 年 月 日

被保険者 氏名

電話番号 ()

大阪市から支給される当該被保険者に係る令和 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 令和 年 月 日

所在地

代表者氏名

電話番号 ()

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"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	顔写真付き (1点) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 (地域密着含む) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 第三者行為 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 支払方法変更 <input type="checkbox"/> 給付額減額 (3割・4割) <input type="checkbox"/> その他
	提出方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		顔写真なし (2点) <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
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)		係長	係員
決定	承認 (却下) 通知書	入力		
承認・却下	送付・未送付	/		