

高額介護等サービス費受領委任払承認申請書

被 保 険 者 番 号											
個 人 番 号											
被 保 険 者 氏 名								生年月日	年	月	日
利 用 サ ー ビ ス 事 業 者 の 所 在 地 及 び 名 称										
利 用 開 始 年 月	年			月			利用分から				
利用サービスの内容	施設サービス										
利用者負担上限額											円
入 所 年 月 日	年			月			日				
<p>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ので、上記のとおり申請します。なお、所得状況等については市民税課税台帳等により、確認することを承認します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>和泉市長 あて</p> <p style="padding-left: 100px;">被保険者 住 所</p> <p style="padding-left: 100px;">氏 名</p> <p style="padding-left: 100px;">電話番号 () -</p> <p style="text-align: center;">※被保険者が自署しない場合は、記名押印をしてください。</p>											
サービス事業者の同意書											
<p>和泉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サービス費の受領権限については、私が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、支給にあたっては私が大阪府国民健康保険団体連合会に登録した金融機関に口座振替払いをしてくださるよう依頼します。</p> <p>(サービス事業者) 所 在 地</p> <p style="padding-left: 100px;">名 称</p> <p style="padding-left: 100px;">代表者氏名</p> <p style="text-align: center;">※代表者が自署しない場合は、記名押印をしてください。</p>											
事 業 者 番 号											
<p>《承認の要件》</p> <p>① 月途中の入所については、その翌月以降を承認可能月とします。 また、月途中の退所の場合は、その前月までが承認月となります。 ただし、<u>死亡の場合は当月分まで承認月とします。</u></p> <p>② 介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていないこと。</p> <p>③ サービス事業者の同意を得ていること。</p>											