

高額介護サービス費受領委任払承認申請書兼支給申請書

被 保 険 者 番 号		個人番号																	
フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日																
被 保 険 者 氏 名																			
利用介護保険施設の 所在地及び名称																			
利用開始年月日	年 月 1日から																		
利用サービスの内容	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設 介護医療院・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護																		
利用者負担上限額	円	年 月利用分から																	
<p>私が利用する施設サービス費に係る高額介護サービス費の支給を申請します。また、そ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、併せて申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>島本町長 様</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 - -</p>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">介護保険施設の同意書兼口座振込依頼書</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>島本町から支給される被保険者 様に係る 年 月利用分以降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、支給に当たっては下記の金融機関に口座振替払をしてくださるよう依頼します（大阪府国民健康保険団体連合会に介護給付費の振込先を登録されている場合は、振込先の各欄は記入不要です。）。</p> <p>(介護保険施設) 所在地 名 称 代表者氏名</p> </td> </tr> </table>				介護保険施設の同意書兼口座振込依頼書				<p>島本町から支給される被保険者 様に係る 年 月利用分以降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、支給に当たっては下記の金融機関に口座振替払をしてくださるよう依頼します（大阪府国民健康保険団体連合会に介護給付費の振込先を登録されている場合は、振込先の各欄は記入不要です。）。</p> <p>(介護保険施設) 所在地 名 称 代表者氏名</p>											
介護保険施設の同意書兼口座振込依頼書																			
<p>島本町から支給される被保険者 様に係る 年 月利用分以降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、支給に当たっては下記の金融機関に口座振替払をしてくださるよう依頼します（大阪府国民健康保険団体連合会に介護給付費の振込先を登録されている場合は、振込先の各欄は記入不要です。）。</p> <p>(介護保険施設) 所在地 名 称 代表者氏名</p>																			
振 込 先	銀行	口 座 種 別	普通 当 座	口 座 番 号															
	支店	口 座 名 義 人																	
<p>《承認の条件》</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すること。 また、月途中の退所の場合は、その前月までが承認月とすること。</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介護保険施設の同意を得ていること。</p>																			
担当課確認欄				課税状況				課税世帯・非課税世帯・老福受給者・生保受給者								担当者確認印 ㊞			