

高額介護サービス費受領委任払申請書

※太枠の中を記入して下さい。

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭										
事業者番号		入所年月日											
施設名													

<高石市記入欄>

適用開始月	令和	年	月	利用分から	負担上限額		円
-------	----	---	---	-------	-------	--	---

高石市長 宛

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。

令和 年 月 日

住 所

被保険者 氏 名 印

電 話 - -

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、受領することに同意します。

所在地

名 称

サービス事業者

代表者名

電 話

印

※ 月途中の入所については、原則として翌月を適用開始月としますが、必ず本市から送付する「高額介護サービス費受領委任払承認通知書」をご確認ください。

《承認の要件》

- ① 介護保険料に滞納がなく、給付制限を受けていないこと。
- ② サービス事業者の同意を得ていること。

<高石市記入欄>

課税状況		合計所得金額＋課税年金収入額	確認者		
世帯	本人		生保 老福	変更等	☐ 無 ☐ 有
☐ 非課税	☐ 非課税	※世帯・本人非課税の場合のみ記載 円	☐ 生保	結果	第 段階
☐ 不明	☐ 不明		☐ 老福		
☐ 課税	☐ 課税		☐ なし		

受付印

--