

高額介護サービス費受領委任払承認・支給申請書

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------|----------------|---|---|---|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 | |
| 住 所 | (〒 -) | | | | | | | | | |
| 利用する介護保険施設 の所在地及び 名 称 | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の別 | <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 | | | | | | | | | |
| 上記施設への入所・入院日 | | | | | 年 月 日 | | | | | |
| <p>私が利用する上記介護保険施設に係る高額介護サービス費の受領権を当該介護保険施設に委任することについての承認、及び介護保険施設利用に係る高額介護サービス費の支給を受けたいので、申請します。ただし、承認及び申請するサービス月については羽曳野市における高額介護サービス費受領委任払い手続き完了月以後、7月サービス分まで。ただし、手続き完了月が8月から12月にあつては、翌年の7月とします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>羽曳野市長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者（被保険者）住所 氏名 電話番号 - -</p> <hr/> <p style="text-align: center;">上記以外の連絡先 住所 氏名 電話番号 - - 続柄等</p> | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の同意書 | | | | | | | | | | |
| <p>羽曳野市から支給される上記保険者に係る 年 月サービス分（ただし、羽曳野市における当該申請手続完了月）から7月サービス分（手続完了月が8月から12月にあつては、翌年の7月）までの高額介護サービス費の受領権限については、私が被保険者から委任を受け、受任することに同意します。</p> <p>羽曳野市長 様</p> <p style="text-align: center;"> 介護保険施設 介護保険事業者番号 所在地 名称 代表者名 </p> | | | | | | | | | | |

後日、高齢福祉介護課から受領委任払承認（不承認）決定通知を送付しますのでご確認ください。