

介護保険高額介護サービス費受領委任払承認兼支給申請書

被保険者番号										
被保険者氏名							生年月日	年 月 日		
介護保険施設の所在地及び名称										
利用開始年月日	平成 年 月 1日 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	平成 年		月利用分から				

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。また、承認を受けた期間について、高額介護サービス費の支給を併せて申請します。

平成 年 月 日

藤井寺市長 殿

被保険者 住所

氏名

印

電話番号 ( )

サービス事業者の同意書兼口座振込依頼書

藤井寺市から支給される被保険者 様に係る平成 年 月利用分以後の高額介護サービス費の請求及び受領の権限については、私が被保険者から委任を受け、委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るようお願いいたします。

(サービス事業者)

所在地

名称

代表者氏名

印

電話番号 ( )

<<承認の要件>>

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

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、保険者が私及び私の世帯員の所得状況について調査することに同意します。

氏名

印