

高額介護等サービス費受領委任払承認兼支給申請書

被 保 険 者 番 号									
(フリガナ) 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	〒								
利用サービス事業者の名称									
事 業 所 番 号									
入 所 年 月 日	年 月 日								
利 用 開 始 年 月 日	年 月 1 日から								
利用サービスの内容	施設サービス								

私が利用する施設サービスに係る高額介護等サービス費の受領権をサービス事業者に受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。

年 月 日

泉大津市長殿

被保険者 住 所
氏 名
電 話 番 号

— —

サービス事業者の同意書

泉大津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等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。

(サービス事業者) 所 在 地
名 称
代表者氏名

㊤

《承認の要件》

- ① 利用開始年月日は申請月の翌月初日です。また、月途中の入所も翌月初日が利用開始年月日です。
- ② 月途中の退所の場合は、その前月までが承認月になります。ただし、死亡の場合は当月分まで承認月とします。
- ③ 介護保険料に未納が無く、給付制限を受けていないこと。
- ④ サービス事業者の同意を得ていること。