

介護保険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

(新規・更新)

被保険者番号													
個人番号													
被保険者氏名								生年月日	年	月	日		
利用介護保険施設等の所在地及び名称													
申請期間	年 月 日 から				年 月 日 まで								
利用サービスの内容													
利用者負担上限額					円	年 月利用分から							

私が上記の期間利用する指定施設介護サービス費又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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、あわせて申請します。

年 月 日

松原市長 殿

(被保険者) 住 所
氏 名
電話番号

介護保険施設等の同意書兼口座振込依頼書

松原市から支給される被保険者 様に係る上記の期間の利用分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、受領することを同意します。なお、支給に当たっては大阪府国民健康保険団体連合会に介護給付費の振込先として登録している金融機関にお願いします。

(介護保険施設等) 所在地
名 称
代表者氏名



※ 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、月途中の退所については、その前月までが承認月となります。

《承認の条件》

- ①法第66条に規定する支払方法変更の記載を受けていないこと。
- ②法第67条の規定による保険給付の支払の一時差し止めを受けていないこと。
- ③介護保険施設等の同意を得ていること。
- ④資金の調達が困難であること。

※以下、市役所確認欄

	申請欄() 要介護() 給付制限()					課税状況		備考
	年 月 日 決裁						収納係	
	課長	課長補佐	係長	係員		課税世帯		
						非課税世帯		
					老福受給者			

委任状

年 月 日

私は、介護保険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に係る申請について、下記の者を代理人に委任します。

代理人住所： _____
(※施設職員の場合は施設の住所と施設名を記載する。)

代理人氏名： _____ 続柄： _____

代理人連絡先 _____ (_____)

被保険者住所： _____

被保険者氏名： _____ 印

個人番号未記載の理由

※個人番号を記載する場合のみ委任状が必要となります。
個人番号を記載できない場合は、未記載の理由の記入してください。