

高額介護サービス費受領委任払承認申請書

被 保 険 者 番 号										保険者番号	2 7 2 1 2 0
フリガナ									生年月日	明治・大正・昭和 西暦	年 月 日
被 保 険 者 氏 名											
介護保険施設の 所在地及び名称	〒 -										
	電話番号 () -										
介護保険施設の種類	①介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③介護医療院										
入 所 年 月 日	平成 令和 年 月 日										
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に関する権限を下欄のサービス事業者 に委任します。 また、受領委任払の承認を受けた期限までの高額介護サービス費の支給を申請します。 承認及び支給申請書の記載内容変更や世帯員の変動等により課税状況の変更が生じた場合は速やか に届け出ます。届け出の遅れにより、利用者負担上限額の変更に伴う高額介護サービス費の返還が生 じた場合には、その請求について了承します。 介護保険高額介護サービス費支給認定の決定のために必要があるときは、私および私の世帯員の市 町村民税の課税状況につき、八尾市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。 (あて先) 八尾市長 令和 年 月 日 住 所 被 保 険 者 氏 名 電 話 番 号 () -											
八尾市から支給される、上記被保険者 様に係る令和 年 月 利用分以後の高額介護サービス費の受領に関する権限については、私が被保険者からの委任を受け、 受任することを同意します。 なお、支給にあたっては、大阪府国民健康保険団体連合会に届け出た口座へ振込依頼します。 令和 年 月 日 所 在 地 介護保険施設 名 称 代表者氏名 (事業者番号)											
《承認の要件》 ① 月の初日～末日まで入所（入院）していること。 ② 介護保険施設の同意を得ていること。 ③ 利用者が介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていないこと。 ④ 介護券の発行対象となっている生活保護受給者は対象外とさせていただきます。											

市記入欄

給付制限	1. 次のとおり承認する。			2. 次の理由により承認しない。		
無 ・ 有 ()	認 定 額	☐ 1 5, 0 0 0 円/月	・生活保護受給世帯のため。 ・その他			
所得区分		☐ 2 4, 6 0 0 円/月				
		☐ 4 4, 4 0 0 円/月				
		☐ 9 3, 0 0 0 円/月				
段階 1 段階 2	適用開始年月	令和 年 月		先の申請に基づき、以上のとおり決定してよろしいか。		
段階 3 段階 4 一般	有効期限	令和 年 月 日				
段階 4 -1 段階 4 -2						
段階 4 -3 境界層						
備考	入力	確認	同年月日	R	・	・
			決定年月日	R	・	・
			通知年月日	R	・	・