

高額介護サービス費受領委任払承認及び支給申請書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・大・昭・西暦 年 月 日生	性別	男・女
利用サービス事業者	事業所番号	電話番号	
	事業所の所在地及び名称		
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
入所（入院）年月日	年 月 日		

（あて先）東大阪市長
 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、貴市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住所
 被保険者
 氏名
 電話番号 ()

サービス事業者の同意書

東大阪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サービス費の受領方については、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。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。

（サービス事業者）
 所在地
 名称
 代表者氏名

＜承認の要件＞

1. 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。
2. 給付制限を受けていないこと。
3. サービス事業者の同意を得ていること。

境界層	社 福	給付制限		担 当	審 査
課税段階	老福年金	生 保	介護度	上限負担額	受 付 者
課・非3・非2	有・無	有・無			

受 付 印