

(様式第1号)

受付番号

介護保険高額介護サービス費受領委任払承認及び支給申請書

保険者番号	2	7	2	0	3	9		被保険者氏名	豊中太郎	性別		
被保険者番号	1	0	0	0	1	2	3	4	5	6	生年月日	昭和 2年 1月 1日
認定有効期間	令和 3年 1月 1日 ~ 令和 3年 7月 31日							要介護度状態	(要支援・要介護)			
介護保険施設	名称	特別養護老人ホーム ○○○						電話番号	06-6858-2525			
	所在地	豊中市中桜塚△-△-△						入所年月日	令和3年1月10日から			
<p>(あて先) 豊中市長</p> <p>上記のとおり、高額介護サービス費の受領に関する権限を下欄の介護保険施設に委任することについての承認および当該支給に関する申請を行います。なお、世帯主および世帯構成員の課税の状況について調査することに同意します。</p> <p>申請者(被保険者) 令和 3年 1月 10日</p> <p>(住所) 豊中市 中桜塚 3丁目 1番 1号</p> <p>(氏名) 豊中太郎</p> <p>電話番号 06-6858-2525</p>							承認期間		(自)	年 月 利用分		
							(至)		退所月・当該年度の7月のいずれか早い月			
							利用サービスの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型施設等				

申請者名をご記入下さい

同意書兼口座振込依頼書

(介護保険施設記入欄)

上記内容にかかる高額介護サービス費の受領委任に対して受任することを同意します。
 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、大阪府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への振込を依頼します。

所在地 大阪府豊中市中桜塚△-△-△

2021年1月6日

名称 特別養護老人ホーム○○○

(事業者番号)

代表者名 理事長 大阪一郎

2	7	5	4	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

電話番号 06-9999-9999

入院・入所する介護保険施設が記入・押印して下さい

市 記 入 欄	右記のとおり決定してよろしいか。				承認・不承認の別		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		受付印	
	係	係長	課長補佐	課長						
					摘 要	承認期間	(自)	年 月 診療分	受付者	
						(至)	退所月・当該年度の7月のいずれか早い月			
						利用者負担額		円		
適用要件	<input type="checkbox"/> 第1段階 (生・老)		<input type="checkbox"/> 第2段階 80以下		<input type="checkbox"/> 第3段階 80超		<input type="checkbox"/> 第4段階 世帯課税		<input type="checkbox"/> 第5段階 現役並み	