

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	男
認定有効期間	令和8年1月1日 ~ 令和8年7月31日							要介護度	[要支援 ・ 要介護 4]				
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8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8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>							期間	(自)	令和8年2月利用分				
								(至)	退所月または当該年度の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"/>	介護医療院							

申請者名をご記入ください

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△-△-△

2026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 06-6858-0000

入院・入所する介護保険施設が記入してください

市 記 入 欄	審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認						受付印	
	承認期間	(自)	年 月 診療分			受付者			
		(至)	退所月または当該年度の7月のいずれか早い月						
	利用者負担額	円							
適用要件	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階(一般)	第4段階(現I)	第4段階(現II)	第4段階(現III)		
	<input type="checkbox"/> 生活保護 老齢年金	<input type="checkbox"/> 非課税 80.9以下	<input type="checkbox"/> 非課税 80.9超	<input type="checkbox"/> 課税 右記以外	<input type="checkbox"/> 課税所得 145万以上	<input type="checkbox"/> 課税所得 380万以上	<input type="checkbox"/> 課税所得 690万以上		