

(様式第1号)

高額介護等サービス費受領委任払承認申請書兼支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|------|---|---|----|---|---|---|----|---|--|---|---|---|--|---|--|-------|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | 生年月日 | M | ・ | T | ・ | S | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| 利用サービス事業者の所在地及び名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用開始年月日 | 年 | | | | | | | | | | | 月 | 1 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで | | | | | | | | | | |
| 利用サービスの内容及び入所・入院日 | 特養・老健・療養 | | | | | | | | | | | 年 | | | | | | | | | | | 月 | 日 | | | | | |
| <p>私が利用する施設サービスに係る上記の期間の高額介護等サービス費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、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>泉南市長</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所 氏名 電話番号 — —</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス事業者の同意書兼口座振込依頼書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>泉南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等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登録済の、金融機関に口座振替払をしてくださるよう依頼します。</p> <p>(サービス事業者)</p> <p>事業者番号 <input type="text"/></p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>代表者氏名</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 《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介護保険料に未納がなく、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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④世帯合算の場合は、対象外となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※保険者記入欄 | | | | | | | | | | | 利用者負担上限額 | | | | | | | | | | | 円 | | 年 | | 月 | | 利用分から | |