

# 高 額 介 護 サ ー ビ ス 費

## 支 給 申 請 及 び 受 領 委 任 払 承 認 申 請 書

被 保 険 者 番 号	0	0	0	0															
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																			
入 所 ・ 入 院 年 月 日	令和 年 月 日																		
利 用 サ ー ビ ス の 内 容	介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ 介護医療院																		
適 用 月	令和 年 月利用分から																		
<p>上記施設サービスに係る令和 年 月利用分以降の高額介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>また、当該申請にもとづく高額介護サービス費の受領に関する権限を下記サービス事業者 に委任することについて承認を受けたいので申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>泉佐野市長 様</p> <p style="text-align: center;">(被保険者) 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>																			
サービス事業者の同意書																			
<p>泉佐野市から支給される被保険者 様に係る令和 年 月利用分 以降の高額介護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。</p> <p style="text-align: center;">(サービス事業者)</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名</p>																			
										事 業 者 番 号									

- 《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。承認月以外の高額介護サービス分は、償還払いとなります。(申請書と該当月の領収書が必要)
  - ② 介護保険料に未納がなく、給付制限をうけていないこと。
  - ③ サービス事業者の同意を得ていること。
  - ④ 退所した場合は、退所月の翌月1日(必着)までに「高額介護サービス費受領委任払承認者用承認終了届」をサービス事業者より提出してください。

処 理 欄				
区分	課税	非課税	老福	生保
給付制限	有		無	
負担段階	第 段階			
上限額	¥			