

高額介護サービス費受領委任払承認者用承認終了届

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

事業所番号		介護保険施設名	連絡先	担当者名
2	7			

下記のとおり退所、またその他の終了事由による者がありましたので、高額介護サービス費受領委任払承認の終了を願います。

被保険者番号	被保険者氏名	退所(終了)日	受領委任払終了事由 (丸で囲む)	※退所月も適用を 希望する場合の理由 (該当者のみ)
0000		月 日	退所・死亡・転居 その他()	月末退所 死亡退所
0000		月 日	退所・死亡・転居 その他()	月末退所 死亡退所
0000		月 日	退所・死亡・転居 その他()	月末退所 死亡退所
0000		月 日	退所・死亡・転居 その他()	月末退所 死亡退所
0000		月 日	退所・死亡・転居 その他()	月末退所 死亡退所
0000		月 日	退所・死亡・転居 その他()	月末退所 死亡退所

※この終了届は「退所」のみを指すものではありません。住所変更(転居)による保険者変更や死亡等の資格喪失により承認が取り消される際には、ご提出の程をお願い致します。

※毎月1日(必着)までに前月分の退所者について記入の上、提出してください。(郵送の場合、到着までに時間がかかりますので、月末退所の方は持参又はFAXでのご提出をお願い致します。)

※月末退所及び死亡退所された方については、同月中に他の介護保険のサービス(他施設や居宅サービス等)を利用していない場合には高額介護サービス費受領委任払いを適用することができます。(必ず他の介護保険サービスを利用していないことの確認をお願い致します。) 適用希望の場合、適用理由欄のどちらかに丸をしてください。

泉佐野市 介護保険課 認定給付係
TEL 072-463-1212 (内線 2162)
FAX 072-458-1120