

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 ・ 介護医療院												
適 用 月	令和 年 月利用分から												
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。 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。 令和 年 月 日 泉佐野市長 (被保険者) 住所 氏名 電話番号 ()													
サービス事業者の同意書		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。 (サービス事業者) 所在地 名 称 代表者氏名 担当電話番号 () 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	¥			