

介護保険高額介護サービス費支給申請書（受領委任用）

フリガナ		保険者番号	273813			
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
住所	〒	生年月日	年 月 日			
		電話番号				
利用サービス事業者の所在地及び名称	所在地 名称					
利用開始年月日	年 月 日から					
利用サービスの内容	介護老人福祉施設サービス 介護老人保健施設サービス 介護療養型医療施設サービス					
太子町長 様						
私が利用する施設サービスに係る高額介護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。						
年 月 日						
住所						
被保険者						
電話番号						
氏 名						
サービス事業者の同意書兼口座振込依頼書						
太子町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、 当事業所の登録済み						
口座へ振り込んでくださいますよう依頼します。						
(サービス事業者)						
所在地						
名称						
代表者氏名						
電話番号						
		事業者番号				

《承認の要件》

- ① 介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていないこと
- ② サービス事業者の同意を得ていること
- ③ 同一世帯内で介護保険サービスを利用しているのが本人のみであること