様式第65号(第41条関係)

介護保険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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 個人番号 | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | 保険者番号 | | ２７２１８７ | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | | ２ | １ | ８ | ０ |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | 性別 | | 男・女 | | | | | | | | | |
| 利用サービス提供事業者の所在地および名称 | 〒  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　□指定介護療養型医療施設  □　介護老人保健施設サービス　　　□介護医療院サービス  □　介護老人療養施設サービス  □　地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限額 | * 円 | | * 年　　　　月利用分から | | | | | | | | | | | |
| (あて先)大東市長  私が利用する施設サービスに係る高額介護等サービス費の受領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。  また、承認を受けた期間について、高額介護等サービス費の支給をあわせて申請します。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（被保険者）  住所  氏名 | | | 電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| サービス提供事業者の同意書 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 大東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については、私が被保険者からの委任を受け、受領することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地  　　　名　称  　　　代表者氏名 | | | 電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 事業者番号 |  | | | | | | | | | | |

　※欄は記入しないでください。

《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。なお、退所した被保険者が再度入所した場合は、改めて申請が必要になります。

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.サービス提供事業者の同意を得ていること。

4.介護保険施設入所・退所連絡票を提出していること。

※大東市記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 承 認 年 月 日 | 給付制限状況 | 未納保険料 | （備　考） |  |
|  | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 開　　始　　月 | * 現役並み所得相当　□ * 一般　□   （　　　　　　　　　　　　　）   * 市民税非課税世帯　□ * 老齢福祉年金等　□   （　　　　　　　　　　　　　） | |
|  |
| 利用者負担上限額 |
|  |