

記入例

高額介護サービス費受領委任払承認申請書

被保険者番号、個人番号をご記入ください。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1		
被保険者氏名	忠岡 太郎								生年月日		昭和〇〇年〇〇月〇〇日			
利用サービス事業者の所在地及び名称	所在地 泉北郡忠岡町〇〇〇×丁目△△番□□号													
	名称 特別養護老人ホーム△△荘													
施設入所日	平成・令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日から													
利用サービスの内容	施設サービス													

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。

なお、高額介護サービス費に係る所得区分の把握を行うにあたり、町民税課税台帳等により、私及び私の属する世帯員全員の町民税の課税状況及び所得状況等について調査することに同意します。

令和 × 年 × 月 × 日

忠岡町長様

(被保険者) 住所 泉北郡忠岡町〇〇〇×丁目△△番□□号

氏名 忠岡 太郎 (※)

電話番号 ×××× - 〇〇 - △△△△

(※ 被保険者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

被保険者の自署の場合は押印不要です。自署できない場合は、代筆の上、押印してください。

サービス事業者の同意書

あらかじめサービス事業者の同意を得てください。
同意がない場合は、受領委任払制度の利用はできません。

下線部2箇所の記入漏れがないようにお願いします。

忠岡 太郎 様に係る 令和 × 年 × 月 利用分以後の高額
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いたします。

(サービス事業者) 所在地 泉北郡忠岡町〇〇〇×丁目△△番□□号

名称 特別養護老人ホーム△△荘

代表者氏名 泉北 花子

電話番号 △△△△ - ×× - 〇〇〇〇

事業所番号

2 7 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

事業者⑩を必ず押印
ください。

⑩

《注意事項》

- 介護保険料に未納がある場合や、給付制限を受けている場合は対象となりません。
- 公費負担との併用により、自己負担額が発生しない被保険者は対象となりません。
- 希望する受領委任払制度利用開始月の月末までに申請書を提出してください。ただし、月途中の入所（退所）にかかる月分は対象となりません。