

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																						
被 保 険 者 氏 名							生 年 月 日			年 月 日												
利 用 サ ー ビ ス 事 業 者 の 所 在 地 及 び 名 称	所在地																					
	名 称																					
施 設 入 所 日	平成・令和 年 月 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 氏 名 (※) 電話番号 — — (※ 被保険者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)																						
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。																
忠岡町から支給される被保険者 _____ 様に係る 令和 年 月 利用分以後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いたします。 (サービス事業者) 所 在 地 名 称 代表者氏名 (印) 電 話 番 号 — — 事業所番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						
《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。																						

【町記入欄】

本人番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号記載の住民票(写)・住基台帳・その他()	
本人確認	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・その他()
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他()
代理人確認	代理権確認	委任状・本人の被保証・戸籍謄本・その他()
	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・その他()
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他()