

様式第1号(第3条関係)

高額介護サービス費受領委任払い承認(変更)申請書兼支給申請書

個人番号													
被保険者番号													
被保険者氏名							生年月日	年 月 日					
利用介護保険施設の所在地及び名称													
申請期間	年 月 日から						年 月 日まで						
利用サービスの内容													
利用者負担上限額							円	年 月利用分から					
<p>私が上記の期間利用する施設サービス費に係る高額介護サービス費の支給を申請します。また、そ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ので、あわせて申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>甘楽町長 様</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>													
<p>介護保険施設の同意書兼口座振込依頼書</p> <p>甘楽町から支給される被保険者 様に係る上記の期間の利用分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、受任することを同意します。なお、支給に当たっては下記の金融機関に口座振替払いをしてくださるよう依頼します。</p> <p>(介護保険施設) 所在地</p> <p style="text-align: right;">名 称</p> <p style="text-align: right;">代表者氏名 印</p>													
振込先	銀行 金庫 組合	口座種別	普通 当座	口座番号 (左づめ)									
	本店 支店	口座名義人	(フリガナ)										
<p>《承認の条件》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。 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介護保険施設の同意を得ていること。</p>													

処理欄	課税状況	課税世帯・非課税世帯・老福受給者等	確認印
-----	------	-------------------	-----