

高額介護サービス費受領委任払承認申請書兼支給申請書

受付印

(申請書番号 26)

岬町長 宛

私の下記の期間利用する施設サービスに係る高額介護サービス費の支給を申請します。
また、その受領権を介護保険施設に委任することについて承認を受けたいので、併せて申請します。

記入例

受付番号

なお、申請にあたり、私及び同一世帯員の市町村民税の課税内容及び所得内容について調査することに同意します。

○年 ○月 ○日

区分		<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更()	<input type="checkbox"/> 更新
フリガナ	ミサキ タロウ			
被保険者氏名	岬 太郎	被保険者番号	0000012345	
生年月日	昭和 7 年 1 月 2 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女	
住 所	〒599-0392 岬町深日2000番地の1			電話番号 072-492-2000
利用介護保険施設	名 称	介護老人保健施設 みさきちょう		
	事業者番号	1234567890		
	所 在 地	泉南郡岬町深日2000番地の1		
	種 類	介護老人福祉施設 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 介護療養型医療施設		
入所年月日	○年 ○月 ○日			
申 請 期 間	○年 ○月 ○日から ○年 ○月 ○日まで			
介護保険施設の同意書				
岬町から支給される上記の被保険者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、支給にあたっては大阪府国民健康保険団体連合会を通じて支払いくださるよう依頼します。 (サービス事業者)所在地 泉南郡岬町深日2000番地の1 名称 介護老人保健施設 みさきちょう 代表者氏名 岬町 太郎 <input checked="" type="checkbox"/>				

【注意】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。【承認の条件】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介護保険施設の同意を得ていること。③申請事項の内容に変更(世帯の状況、課税状況)があれば、届出ること。

町処理欄 ※以下は記入しないでください。

受付	本人状況	世帯状況	本人収入 (非課税の場合のみ記載)			老福 生保	境界層	入力		入所管理
			合計所得	年金収入	合計			国保	統計	
	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 課税	円	円	円	<input type="checkbox"/> 老福 <input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 該当 ※境界層 証明添付 のこと	国保	統計	
決定内容 <input type="checkbox"/> 15,000 円 <input type="checkbox"/> 24,600 円 <input type="checkbox"/> 44,400 円 <input type="checkbox"/> 93,000 円 <input type="checkbox"/> 140,100 円										