

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

1枚目（※2、3枚目も提出が必要です。）

（当初分・変更分）

被 保 険 者 番 号																				
被 保 険 者 氏 名											生年月日	年 月 日								
事 業 所 番 号																				
施 設 サ ー ビ ス 事 業 者 の 所 在 地 及 び 名 称	-----																			
利 用 開 始 年 月 日	年 月 1 日 から										年 月 利 用 分 ま で									
利 用 サ ー ビ ス の 内 容											入 所 日	年 月 日								
利 用 者 負 担 上 限 額											円	令 和	年 月 利 用 分 か ら							
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、承認を受けたいので、上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 （あて先）大阪狭山市長 被保険者 住所 氏名 電話 （ ）																				
施設サービス提供事業者の同意書兼口座振込依頼書																				
大阪狭山市から支給される被保険者 様に係る 年 月 利 用 分 以 降 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 し ま す 。 な お 、 支 給 に あ 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 。 （大阪府国民健康保険団体連合会に介護保険給付費の振込先を登録されている場合は、振込先の各欄は記入不要です。） （施設サービス提供事業者） 所在地 名称 代表者氏名 電話 （ ）																				
振 込 先	銀行	口 座 種 別		普通 当座	口 座 番 号															
	支店	口 座 名 義 人																		
《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。 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施設サービス提供事業者の同意を得ていること。																				

高額介護サービス費受領委任払承認通知書

2枚目

(施設サービス提供事業者用)

被 保 険 者 番 号											
被 保 険 者 氏 名								生年月日	年 月 日		
事 業 所 番 号											
施 設 サ ー ビ ス 事 業 者 の 所 在 地 及 び 名 称	-----										
利 用 開 始 年 月 日	年 月 1 日から							年 月利用分まで			
利用サービスの内容								入所日	年 月 日		
利用者負担上限額								円	令和	年 月利用分から	
同意のありました上記の被保険者に係る「高額介護サービス費受領委任払」について、 上記の利用者負担上限額で承認しましたので通知します。 令和 年 月 日 大阪狭山市長											

(注意)

- ① この承認は、月途中の入・退所に係る月分は対象となりません。また、年間を通じて入所している被保険者分についても毎年7月サービス分をもって、利用者負担上限額の見直しがありますので、この場合には改めて申請する必要があります。
- ② この承認は、高額介護サービス費の受領権限のみ委任に限っています。
- ③ 再審査請求をされている場合は、本市まで連絡してください。
- ④ 上記の利用者負担上限額を超える高額介護サービス費は、大阪府国民健康保険団体連合会から介護保険給付費とともに、振込支給されます。
- ⑤ 上記の利用者負担上限額を超えないときは、その月の委任払は無効となります。

高額介護サービス費受領委任払承認通知書

3枚目

(被保険者用)

被 保 険 者 番 号											
被 保 険 者 氏 名							生年月日		年 月 日		
事 業 所 番 号											
施 設 サ ー ビ ス 事 業 者 の 所 在 地 及 び 名 称	-----										
利 用 開 始 年 月 日	年 月 1 日 から						年 月 利用分まで				
利用サービスの内容								入所日		年 月 日	
利用者負担上限額								円		令和 年 月 利用分から	
申請のありました「高額介護サービス費受領委任払」について、上記の利用者負担 上限額で承認しましたので通知します。 令和 年 月 日 大阪狭山市長											

(注意)

- ① 施設等への支払金額は、上記の利用者負担上限額です。ただし、付加サービスなどによる保険適用外のものは除きます。なお、保険適用による残りのサービス費等の費用は大阪狭山市から直接施設等にお支払いします。
- ② この承認は、上記の施設以外では無効です。また、退所によっても無効となります。
- ③ 介護保険料が未納・滞納となりますと、この承認を取消しますので、納期限内に納付してください。