

高額介護等サービス費受領委任払承認申請書及び支給申請書

令和5年度
更新用

吹田市長 宛

記入例

次のとおり私が利用する施設サービスに係る高額介護等サービス費の受領の権限を下記の介護保険施設に委任することについて、承認を申請します。この申請に係る審査のために市職員が世帯の市町村民税の課税内容について調査することに同意します。

また、承認を受けた期限までの高額介護等サービス費の支給を申請します。

なお、本人または世帯の課税状況等に変更があれば速やかに届け出ます。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 9 9 9 9 9 9							
	住 所	吹田市泉町1-3-40						電話番号	06-6384-1231
	ふりがな	すいた たろう							
	氏 名	吹田 太郎							
	生 年 月 日	1 明治 2 大正	3 昭和	4 西暦	7 年	7 月	7 日		
入 所 年 月 日	1 昭和 2 平成	3 令和	4 西暦	4 年	4 月	4 日			
適用開始希望年月	令和	5 年	8 月	※適用開始希望年月は入所年月日の翌月以降を指定してください。 ただし1日入所に限り当月の指定が可能です。					

上記の者が利用する施設サービスに係る高額介護等サービス費の受領の権限を受任することについて、承認を申請します。

介 護 保 険 施 設	事業者番号	2 7 9 9 9 9 9 9 9							
	住 所	大阪府中央区××-××-××						電話番号	06-××××-××××
	名 称	大阪介護老人保健施設							
	代表者氏名	施設長 大阪 一郎						代表者印	印

<市役所使用欄> ここから先は申請者は記入しないでください。

下記のとおり
なお

- ・申請前に再度ご確認ください。
 - 項目はすべて記入しましたか？
 - 介護保険施設の代表者印は押せましたか？
- ・申請方法

下記住所へ郵送してください。

〒564-8550 吹田市泉町1丁目3-40
吹田市福祉部 高齢福祉室 介護保険グループ 宛
(低層棟1階 119番窓口)
- ・結果通知について

8月中旬に結果(承認通知書等)を通知します。

なお、市町村民税世帯課税者につきましては、課税所得の確認に時間を要するため、通知が届くまで時間がかかる場合がありますのでご了承ください。

給付制限
無
決裁
決裁欄

額
で
削除

*

台

日