

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

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。

被保険者情報表: 被保険者番号 0009999999, 住所 吹田市泉町1-3-40, 電話番号 06-6384-1231, 氏名 吹田 太郎, 生年月日 1977年7月7日, 入所年月日 2022年4月4日, 適用開始希望年月 令和4年5月

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。

介護保険施設情報表: 事業者番号 2799999999, 住所 大阪府中央区, 名称 大阪介護老人保健施設, 代表者氏名 施設長 大阪 一郎

<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、高額介護等サービス費の受領委任払を承認します。

なお、不承認以外の被保険者と当該介護保険施設に対し承認通知書を送付します。

申請者(被保険者)の課税状況等表: 申請者負担額上限額 (1か月あたり) 15,000円, 24,600円, 44,400円, 93,000円, 140,100円, 不承認

* 合計所得金額と課税年金収入の合計額が年額80万円以下のもの等

帳票ID K14, 入力日 令和 年 月 日