

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

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		
	住 所	電話番号		
	ふりがな			
	氏 名			
	生 年 月 日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 西暦	年	月
入 所 年 月 日	1 昭和 2 平成 3 令和 4 西暦	年	月	日
適用開始希望年月	令和	年	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			
	住 所	電話番号		
	名 称			
	代表者氏名	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、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		利用者負担額の上限額 （1か月あたり）				
給 付 制 限 無	<input type="checkbox"/> 境界層該当者（境界層措置 年 月 日）	15,000円				
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者					
	<input type="checkbox"/> 境界層該当者（境界層措置 年 月 日）					
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯課税者	24,600円				
	<input type="checkbox"/> 課税所得380万円未満					
	<input type="checkbox"/> 課税所得380万円超～690万円未満					
<input type="checkbox"/> 給付制限 有 又は 生活保護受給者	140,100円					
<input type="checkbox"/> 給付制限 有 又は 生活保護受給者	不承認					
承認期間	令和 年 月 から 令和 年 7 月まで					
決裁日	令和 年 月 日	起案日	令和 年 月 日	退所チェック欄		
決 裁 欄	課長	課長代理	係長・主査	係員	合議	令和 年 月 日退所→
						令和 年 月送付データより削除

* 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
------	-----	-----	----------