高額介護サービス費受領委任払い承諾申請書兼支給申請書

被保険者番号			
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
介護保険施設の 所在地及び名称			
申　請　期　間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
利用サービス内容		入所日	年　　月　　日
利用者負担上限額	円		年　　月利用分から

私が上記の期間利用する施設サービス費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諾を受けたいので、あわせて申請します。

河内長野市長　様　　年　　月　　日

被保険者住所　〒

被保険者氏名　　印　　電話番号（　　）　－

介護保険施設の同意書兼口座振込依頼書

河内長野市から支給される被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿様に係る上記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、私が被保険者からの委任を受け、受任することを同意します。

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。）

（介護保険施設）　所 在 地

名　　称

代表者名　　印

振込先	銀行	口座種別	普通 当座	口座番号										
	支店	口座名義人												

《承認の条件》

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 介護保険施設の同意を得ていること。

課税状況	課税世帯・非課税Ⅲ・非課税Ⅱ・老福受給者等	料金担当		給付担当	