様式①

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | **２** | **０** | | **０** | **０** |  |  | |  | |  |  |  | |  | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 利用サービス事業者の所在地及び名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請期間 | | 令和　　年　　月　１日 から 令和　　年　７月３１日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用サービスの内容 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限額 | | 円 | | | | | | | 適用開始月 | | | | | 令和　　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認を受けたいので、併せて申請します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  豊 能 町 長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所：  　　　　　　　　　　　　　（被保険者）　氏　名：  電話番号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス事業者の同意書兼口座振込依頼書 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 豊能町から支給される被保険者　　　　　　　　　　様に係る令和　　年　　月利用分以後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。  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：  　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称：  　　　　　　　（サービス事業者）  　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：　　　　　　　　　　　 　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　サービス事業者の承認を受けていること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |