介護保険　高額介護サービス費　支給申請書（受領委任用）

＜申請者＞（介護保険の被保険者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北見市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請日）　　　　 　年　 　月　 　日  私が利用する施設サービスに係る高額介護サービス費の受領権限を、以下の介護保険施設に委任することについて承認を受けたいので、次のとおり申請します。  また、今回の支給以降、引き続き以下の介護保険施設に入所し、高額介護サービス費が支給される場合の受領権限についても、あわせて委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　 　 月　 　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 署名 | 個人番号 |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日中連絡先 | － 　　 　　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | （建物名等） | 被保険者番号 | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＜サービスの提供を受けた介護保険施設＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 電話番号 | － 　　 　　　　－ |
| 所在地 |  | | |

＜受取人＞　（受領を委任される介護保険事業者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所  事業者名  代表者氏名 |  |

＜口座振込先＞　　※受取人の口座を指定してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座名義人 | カナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 郵便局の通帳に振込 | | 通帳の記号 | | | | | 通帳の番号 | | | | | | | | | | | | | |
| １ |  |  |  | ０ | ― |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | １ |  |
| 銀行口座に振込 | | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行・信金・労金　　　　　　　　本店  信組・農協・漁協　　　　　　　　支店 | | | | | | | □ 普通  □ 当座 | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | 市処理欄  － |

・今回の支給以降、現在の介護保険施設に引き続き入所し、高額介護サービス費が支給される場合、

申請手続きは不要となります。

・給付制限を受けている方については、受領委任による高額介護サービス費の給付はできません。

・高額介護サービス費が世帯合算により支給される場合にあっては、受領委任による給付はできません。

北見市使用欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 | 来庁者 | 添付書類 | 受付 | 入力 | 審査 |
| ①番・免・パ・手帳  他（　　　　　　　）  ②証・資書・介・  バス・社員・学生  他（　　　　　　　）  ③ヒア | □本人  □他  代理権確認手段 | □  □  □ |
|  | | |