令和　　年　　月　　　日

**介護保険　高額介護等サービス費受領委任払承認申請書**

（あて先）寝屋川市長

別紙に記載する、被保険者については、施設サービスに係る高額介護等サービス費の受領権について、当該サービス事業者に委任することの承認を得ており、また、私（代表者）は、被保険者からの委任を受け、令和　　年　　月利用分以後の受領権限について委任を受けることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用サービス事業者の所在地 | 〒　　　　- |
| 事業者名 |  |
| 電話番号 | * -
 |
| 代表者氏名 |  |

【承認の要件】

(1) 受領委任払は、同一被保険者が１ヶ月入所することが原則となります。

※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ある場合、給付制限を受けている場合は対象となり

 ません。

【サービス事業者（所）　様（同意事項）】✅してください

* 高額介護等サービス費については、寝屋川市からの受領について、サービス提供月から起算して３ヶ月後に受領を受けることについて同意します。

代表者氏名（自署）

【別紙】

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権をサービス事業者に委任することについて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏　　名 | 住　　所 | 生年月日 |
| 　 | 　 | 　 | ．　　　． |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |