

浜松市 介護保険高額介護サービス費受領委任払承認申請書

(被保険者記入欄)		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	221309
		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒		
電話番号	( ) -		
<p>(申請先) 浜松市長</p> <p>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を下記の者（施設）に委任することについて承認を受けたいので申請します。また、高額介護（予防）サービス費支給申請書及び当申請書を提出すること、及び高額介護サービス費の支給のために必要がある場合は保険者が所得の状況等について調査することについて承認します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 (被保険者)</p> <p>氏名・印 印</p>			

(介護保険施設記入欄)								
施設の名称		事業所番号						
施設サービスの種類		被保険者 入所年月日	年 月 日					
所在地	〒							
電話番号	( ) -	担当者氏名						
<p>当該被保険者に係る高額介護（予防）サービス費支給申請書及び当申請書を代理提出すること、及び浜松市から支給される高額介護サービス費の受領の権限について、私が当該被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、高額介護サービス費受領委任分の支給にあたっては、静岡県国民健康保険団体連合会からの介護保険給付費受領と同じ下記口座に振り込んでください。</p> <p>年 月 日</p> <p>介護保険施設 所在地</p> <p>名称</p> <p>代表者氏名・印 印</p>								
口座振替 依頼欄	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 出張所	口座種別	口座番号			
	金融機関 コード		店 舗 コード	普通預金 当座預金 ( )				
	フリガナ	-----						
	口座名義人							

※高額介護（予防）サービス費支給申請書が未申請の場合は合わせて提出してください。既に申請済みの場合は高額介護（予防）サービス費支給申請書の提出は不要です。退所された場合や複数のサービスを利用された場合等受領委任払いの継続が不可能となった場合は自動勧奨が停止され再度の高額介護（予防）サービス費の支給申請が必要となります。