

交野市長様

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をサービス提供事業者に委任することについて、下記のとおり申請します。また、申請の内容について市町村民税課税台帳等により課税状況等を確認することを承諾します。

年 月 日

被保険者番号				生年月日	年 月 日
フリガナ 被保険者名					
利用サービス事業 所の所在地、名称及 び事業所番号	住 所	〒			
	事業所番号		電 話 番 号		
	名 称				
入所・入院年月日	年 月 日				
受領委任払開始年月日 (入所・入院日翌月以降)	年 月 から				

サービス事業者の同意書兼口座振込依頼書

交野市から支給される被保険者 _____ 様に係る 年 月利用分以降の高額介護サービス費の受領権限については、私が被保険者より委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては、大阪府国民健康保険団体連合会からの給付費受領と同じ金融機関の口座に振込してください。

〒

サービス提供事業者

所在地 _____

電話番号 _____

名称 _____

代表者氏名 _____

申請者の自署によらない場合は、被保険者印・法人印が必要です。

承認の要件

1. 介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていないこと。
2. 介護保険施設の同意を得ていること。
3. 資金の調達が困難であること。
4. 大阪府内の施設であること。
5. 施設サービスに係る他の公費負担の対象となっていないこと。
6. 高額介護サービス費の世帯合算とならないこと。
7. 給付の事由が第三者の行為によらないこと。

[交野市確認状況]	
課税状況	課税 ・ 非課税
段階	2・3・一・現Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
負担上限額	
生活保護 <input type="checkbox"/>	世帯合算 <input type="checkbox"/>

処理

- ※ 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した、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。(入所日が月の初日、退所日が月の末日の場合は、当該月から承認可能です。)
- ※ 受領委任払開始月の25日までに、交野市担当課に提出してください。
- ※ 対象者が退所された場合は別途指定様式にて速やかに交野市担当課まで報告してください。