

様式第2号（第5条関係）

恵庭市高額介護サービス費受領委任払い支給申請書(委任状)
(年 月分)

被保険者	フリガナ		申 請 日	年 月 日
	氏 名		被保険者番号	
支払金額		円	生 年 月 日	年 月 日
<p>恵 庭 市 長 様</p> <p>上記のとおり高額介護サービス費の支給を申請するとともに、次の介護保険施設に高額介護サービス費の受領を委任します。</p> <p>この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。同様に、保険者が必要と認めた時は入所施設に情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 電話番号</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名</p> <p>※申請者は本人又は同一世帯員</p> <p>※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要</p>				

〈委任を受ける介護保険施設〉 ※介護保険施設記入欄

名 称 (代表者)		所在地	電話番号
--------------	--	-----	------

- 注意 1 今回の支給以降、高額介護（居宅支援）サービス費が支給される場合、申請手続は不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
- 2 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。

恵庭市記入欄

区 分	単 独 ・ 合 算			
生活保護受給の有無	有 ・ 無			
利用者負担段階	<input type="checkbox"/> 第 段階(15,000円 24,600円 44,400円 93,000円 140,100円) <input type="checkbox"/> 世帯合算(円)			
審 査 内 容	該当・非該当 ()			
上記のとおり決定してよろしいか伺います。	決 裁	課長・主幹	主査	スタッフ
年 月 日				合 議