

介護保険高額介護サービス費受領委任承認申請書

フリガナ		保険者番号	27	3839
被保険者氏名		被保険者番号		
		個人番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女	
住 所	〒 電話番号			
利用サービス事業者の所在地及び名称				
利用開始年月日	年 月 日から			
利用サービスの内 容				
<p>千早赤阪村長 様</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権をサービス事業者に委任することについて承認を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日 住 所</p> <p>被保険者 電話番号</p> <p>氏 名 印</p>				
サービス事業者の同意書				
<p>千早赤阪村から支給される被保険者 様に係る 年 月利用分以後の高額介護サービス費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。</p> <p>(サービス事業者) 事業所番号 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>代表者氏名 印</p>				
<p>承認の要件</p> <p>介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていないこと</p>				