

# 介護保険高額介護サービス費受領委任払承認申請書兼支給申請書

申請者の住所、氏名、電話番号を記入してください。

・申請年月日を記入してください。  
・郵送の場合は、ポストに投函する日を記入してください。

第2号様式（第5条関係）

## 京都市介護保険高額介護サービス費受領委任払承認申請書兼支給申請書

(宛先) 京 都 市 長	令和4年 4月 1日
申請者の住所 京都市中京区〇〇〇	申請者の氏名 京 都 太 郎 電話 111 - 1111

次のとおり介護保険高額介護サービス費の受領委任を申請します。

被保険者の住所、電話番号、氏名、被保険者番号を記入してください。

住 所 京都市中京区〇〇〇	電話 111 - 1111
(フリガナ) キョウト タロウ	被 保 険 者 番 号 1 0 0 0 1 - 0 0 0 0 0
被保険者氏名 京 都 太 郎	

受領委任が必要な理由として該当するものにチェックを入れてください。

・受領委任を開始する「年月」を記入してください。  
・原則、申請月の月初からの承認となります。

- 利用者負担額の支払いが困難  
 その他（

入所年月日、入所施設の名称、事業所番号を記入してください。

委任期間 令和4年 4月から	入所年月日 令和4年 4月 1日
入所施設名 (委任払取扱施設) 特別養護老人ホーム あかさたな	入所施設 事業所番号 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
交通事故等第三者による傷病の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	本人の故意、違法行為、泥酔による傷病の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

交通事故により、第三者(加害者)の自動車保険による支払い等がある場合は「有」にチェックを入れてください。

該当するものにチェックを入れてください。

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

※ 該当するものにチェックを入れてください。	9 9 9 9 8 8 8 8 7 7 7 7
------------------------	-------------------------

下記の欄は記入しないでください。

起案	令和 年 月 日	決定	令和 年 月 日	課長		係長		係員	
下記のとおり決定します。									
承認する					承認しない				
認定期間	令和 年 月 日 から								