

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

第2

申請年月日、申請者の住所、氏名、電話番号を記入してください。

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2年5月8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

被保険者の住所、電話番号、氏名、被保険者番号を記入下さい。

受領委任が必要な理由として該当するものにチェックしてください。	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	
理 由 申請年月日の属する「年月」から翌年（申請が1月から7月までの場合は同年）の7月を記入してください。月初に遡って、委任が適用されます。	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者負担額の支払いが困難 <input type="checkbox"/> その他（	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」にチェックしてください。
委任期間 令和2年5月から令和2年7月まで	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	1箇月あたりの利用者負担見込額 50,000 円
入所施設名（介護施設） 特別養護老人ホーム あかきたな	入所年月日 令和2年5月1日	1箇月あたりの被保険者の負担する見込み額を記入してください。
該当するものにチェックしてください。	該当する□に「✓」印をしてください。	個人番号 9 9 9 9 8 8 8 8 7 7 7 7

入所施設名、入所年月日を記入してください。

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

下記の欄は記入しないでください。

起案	年 月 日	決定	年 月 日	課長	課長	員
下記のとおりに決定します。						
承認する ・ 承認しない						
認定期間	年 月 日 から 年 月 日まで					