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 | 年　　　　月　　　　日 |
| 申請者の住所 | 申請者の氏名  電話　　　　　　　－ |

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 | 住　　所  電話　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ） |  | | 被保険者番号 | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | ***－*** | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 被保険者氏名 |  | |
| 理由 | □　利用者負担額の支払いが困難  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委任期間 | 年　　月から | | 入所年月日 | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所施設名  （委任払取扱施設） |  | | 入所施設  事業所番号 | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 交通事故等第三者  による傷病の有無 | □　有　　　□　無 | | 本人の故意、違法行為、  泥酔による傷病の有無 | | | | | | | □　有　　　□　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※　該当する□には、　印をしてください。 | | | 個人番号 | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |

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 | | | | | | | | |