

## <令和4年度> 介護保険高額介護サービス費受領委任払い承認申請書

被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	保険者番号	2 8 2 0 3 8
フリガナ	アカシ タロウ	生年月日	明・大・ <b>昭</b> 5年1月1日
被保険者氏名	明石 太郎		
住所	〒673-8686 明石市中崎1丁目5番1号 電話番号 (078) 918-5091		
介護保険施設の入所・入院年月日	令和4年4月1日		
受領委任開始希望利用月	令和 4年 5月		
<p>1日入所の場合でも、受領委任開始は施設入所日の翌月からとなります。</p>			
<p>明石市長 様</p> <p>本申請により高額介護サービス費の申請及び受領に関する権限を下記の受任者に委任します。併せて、この承認に係る事務に必要な所得状況等について、関連部署の資料により調査されることを承諾します。</p> <p>また、世帯における市民税課税状況等に変化があった場合は速やかに市に届け出をします。</p>			
申請日	令和4年4月20日	申請日を記入してください。	
委任者（被保険者）	住所 明石市中崎1丁目5番1号	被保険者本人の氏名を記入してください。	
	氏名 明石 太郎		
<p>上記委任者の高額介護サービス費の申請及び受領に関する権限について、当施設が受任することに同意します。</p>			
受任者（介護保険施設）	所在地 明石市相生町2丁目5番15号	入所している施設の記入・押印が必要です。	
	施設名 老人保健施設 相生苑		
	代表者氏名 施設長 相生花子		

### 明石市記入欄

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
上限額												
給付制限	1. なし 2. 支給方法変更 3. 高額支給停止 4. 保険給付差止									生保	有・無	
備考欄	課長	副課長	係長	係								入力

の項目は、必ずご記入ください。（あらかじめ印字されている場合もあります）