

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

フリガナ		保険者番号	1 5 2 1 0 8
被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	年 月 日 生
住 所	〒 行政区（ ） 電話番号		
受領委任払い の理由	1 介護サービス費が高額で支払いが困難 2 その他（ ）		
施設入所日	年 月 日		
介護保険 施設名			
介護保険施設 の住所	〒 電話番号		
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請求及び受領を下欄のサービス事業者 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。 また、申請内容の審査にあたり、私及び世帯員の市県民税の課税状況を調査することに同意しま す。 併せて、高額介護サービス費の給付等に係る一切の事務手続きを下欄の者に委任します。 十日町市長様 申請者（被保険者）住所 氏名 電話番号 年 月 日			
十日町市から支給される当該被保険者に係る高額介護サービス費の請求及び受領について、私が 当該被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。 年 月 日 介護保険施設 名称 代表者名 所在地 電話番号			

注意・保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている方は、
受領委任による給付はできません。

市処理欄

承認期間			年 月 日 から	年 月 日
利用者負担段階及び上限額			所得状況	未納保険料・給付制限
第 1 段階	A	15,000 円	合計所得金額	未納保険料 有・無
第 2 段階	B	15,000 円	課税年金収入額	
第 3 段階	C	24,600 円		給付制限 有・無
第 4 段階	D	44,400 円	合計	
第 5 段階	E	93,000 円		
第 6 段階	F	140,100 円		