

様式第1号(第3条関係)

介護保険高額介護サービス費等受領委任払承認申請書

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
被保険者氏名		性別	男 ・ 女
住 所	〒		
介護保険施設	名 称		
	所 在 地		
入所年月日	年 月 日		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)村上市長</p> <p>上記のとおり高額介護サービス費等の受領委任払いについて申請します。 審査に必要がある場合は、私及び世帯の市民税の課税状況を確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (被保険者本人) 氏名 電話</p>			

市記入欄

世帯 合算	市民税	老齢福 祉年金	生活 保護	給付制限	承認結果	承認番号	利用者 負担段階	自己負担 限度額
有・ 無	課 税 ・ 非課税	有・ 無	有・ 無	有・ 無	承 認 ・ 不承認	承認 第 号	第1・第2	15,000円
							第3	24,600円
							第4・第5	44,400円
							第6	93,000円
							第7	140,100円

通知発行日： 年 月 日 適用期間： 年 月 日から 年 月 日