（様式第1号）

池田市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

新規　更新　変更

保険者番号	2 7 2 0 4 7	被保険者番号	
フリガナ		性　別	
被保険者氏名		生年月日	年　月　日
住　所			
介護保険施設の名称		入所日	年　月　日

池田市長　様

承認期間における高額介護サービス費の支給について受領委任の申請をします。
また、当該申請に基づく高額介護サービス費の受領に関する権限を下欄のサービス事業者に委任することについて承認を受けたいので申請します。

年　月　日

被保険者氏名	印 （自署の場合は押印省略可）

サービス事業者の同意書

池田市から支給される上記被保険者にかかる　　年　　月利用分以降の高額介護サービス費の受領権限については、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

（サービス事業者）

事業者番号	
所在地	
名　称	印
代表者氏名	

《承認の要件》

① 月途中の入所(院)については、その翌月以降を承認可能月とします。
　また、月途中の退所(院)の場合は、その前月までが承認月とします。
② 介護保険料に未納・滞納がなく、給付制限を受けていないこと。
③ サービス事業者の同意を必ず受けて下さい。

※市記入欄

世帯の課税欄	課税 ・ 非課税	審　査　結　果		
老齢福祉年金	有 ・ 無	利用者負担承認上限額	140,100	93,000
生活保護	有 ・ 無	44,400	24,600	15,000
保険料納付状況	未納（有 ・ 無）	受領委任開始承認年月日	年　月　日	
	滞納（有 ・ 無）	不承認（理由）		
給付制限	有 ・ 無			