様式第１号（第３関係）

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

被保険者番号			
被保険者氏名		生年月日	年　月　日
利用サービス事業者の所在地及び名称			
利用サービスの内容			
自己負担上限額	円	年　月利用分から	

上記のとおり施設サービスに係る高額介護サービス費の支給を申請します。
また、その受領権を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、併せて申請します。

年　月　日

（申請先）茨木市長

被保険者　住所
氏名　　印（氏名が自署の場合は、押印不要です。）
電話番号　（　　）

サービス事業者の同意書兼口座振込依頼書

茨木市から支給される被保険者　　様に係る　　年　月利用分からの高額介護サービス費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給に当たっては、下記の金融機関に口座振替払をしてくださるよう依頼します。

（サービス事業者）
所在地
名称
代表者名　　印（代表者名が自署の場合は、押印不要です。）

振込先	銀行	口座種別	普通 当座	口座番号	
	支店	口座名義人			

《注意》
1　月の途中の入所又は退所については、受領委任払の対象となりません。
2　介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていないことが必要です。
3　サービス事業者の同意を得ていることが必要です。

サービス事業者番号