高額介護サービス費受領委任払承認通知書変更依頼書

令和　　年 月 日

（あて先）門真市長

事　業　者番号：

介護保険施設名：

電　話　番　号：

担　当　者氏名：

下記の被保険者につきまして、承認内容の変更がありますので連絡いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏 名 | 変 更 内 容 | ※退所（退院）・死亡等年月日 | | | ※受領委任  ○・× | 備 考 |
|  |  | 退所（退院）・死亡・世帯の変更・他の介護保険施設入所（施設名：　　　　　　　　） | 年 | 月 | 日 |  |  |
|  |  | 退所（退院）・死亡・世帯の変更・他の介護保険施設入所（施設名：　　　　　　　　） | 年 | 月 | 日 |  |  |
|  |  | 退所（退院）・死亡・世帯の変更・他の介護保険施設入所（施設名：　　　　　　　　） | 年 | 月 | 日 |  |  |
|  |  | 退所（退院）・死亡・世帯の変更・他の介護保険施設入所（施設名：　　　　　　　　） | 年 | 月 | 日 |  |  |

（注意 ）

* 当該被保険者の高額介護サービス費受領委任払いの適用については、退所日の属する月の前月（月末退所・死亡の場合はその当月）までとします。

この依頼書は、**変更のあった月の翌月３日（土日祝は前営業日）**までに提出をお願いします。

※ 世帯の変更・課税状態の変更等により利用者負担上限額に変更がある場合には、再度「高額介護サービス費受領委任払承認及び支給申請書」の提出が必要

になります。

連絡先

〒571-8585　 門真市中町1番1号－１

門真市高齢福祉課　総務グループ

ＴＥＬ 06-6902-6301

※　退所年月日が末日の場合、当該月を受領委任扱いとするか否か○か×で記入してください。