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

記入例

（あて先）門真市長

事　業　者番号：▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲

介護保険施設名：特別養護老人ホーム○△□×

電　話　番　号：06-6666-6666

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・変更年月日 | | | ※受領委任  ○・× | 備 考 |
| 9999999 | ○○　△△△△ | 退所（退院）・死亡・世帯の変更・他の介護保険施設入所（施設名：　　　　　　　　） | Ｒ６年 | ４月 | 20日 |  |  |
| 9999999 | ○○○　△△△ | 退所（退院）・死亡・世帯の変更・他の介護保険施設入所（施設名：　　　　　　　　） | Ｒ６年 | ４月 | 30日 | ○ |  |
| 9999999 | ○○　△△ | 退所（退院）・死亡・世帯の変更・他の介護保険施設入所（施設名：　　　　　　　　） | Ｒ６年 | ４月 | 15日 |  | 世帯員追加 |
| 9999999 | ○　△△△△ | 退所（退院）・死亡・世帯の変更・他の介護保険施設入所（施設名：　　　　　　　　） | Ｒ６年 | ４月 | 30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。

《注意事項》

① 変更のあった月の翌月３日（土日祝は前営業日）までに提出してください。

② 退所者の考え方ですが、療養型施設入所者で介護病棟から医療病棟への移動は退所扱いになりますので、本依頼書に載せてください。なお、再度介護病棟に移動された場合、受領委任を適用するには改めて申請が必要です。

③ 本依頼書の提出がなければ、高額介護サービス費受領委任払の適用に支障をきたしますの

で、必ず期限までに提出をお願いいたします。

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

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

になります。

※　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。