

## 堺市受領委任払同意書

堺市から支給される被保険者 \_\_\_\_\_ に係る \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月利用分  
以後の承認期間中の高額介護サービス費の受領に係る権限については、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。

(介護保険施設又は  
地域密着型介護老人福祉施設)

所在地

事業者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

代表者

(※)

(代表者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

### 承認の条件

- (1) 介護保険料に滞納がなく、給付制限を受けていないこと。
- (2) 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所(入院)していること。
- (3) 介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設の同意を得ていること。
- (4) 給付の事由が第三者の行為によらないこと。
- (5) 他の法令に基づき介護保険法第20条の介護給付又は予防給付に相当する給付を受けることができないこと。