

介護保険給付の受領委任払いに係る同意書

(被保険者) 日立 太郎 (以下「被保険者」という。) と

(事業者) 〇〇株式会社 (以下「事業者」という。) とは、

今回申請する保険給付費

緊急短期入所サービス費

在宅復帰支援サービス費

について、

※どちらかを○で囲んでください。

次の事項に同意します。

一枚の同意書で、もう一方の申請を兼ねることはできません

(保険給付に係る支給限度基準額の確認について)

- 1 被保険者は、介護保険に係る福祉用具購入又は住宅改修(以下「サービス」という。)を利用するときは、あらかじめ、自己の支給限度基準額を日立市へ問い合わせるなどして確認すること。また、確認した支給限度基準額を事業者へ通知すること。

(サービスに係る利用料の支払いについて)

- 2 事業者は、被保険者に対してサービスを提供したときは、被保険者から現に当該サービスに要した費用(支給限度基準額の範囲内に限る。)に100分の10(第一号被保険者のうち所得が介護保険法施行令で定める額以上である場合においては100分の20又は100分の30。)を乗じて得た額(1円未満の端数があるときは、これを切り上げるものとする。以下「利用料」という。)を領収すること。この場合において、被保険者は、事業者に対して、利用料を支払うこと。

(保険給付費の受領委任払いについて)

- 3 日立市は、現にサービスに要した費用から利用料を控除して得た額である保険給付費を、被保険者に代わり事業者に対して支払うこと。

(利用料に過不足があった場合の調整について)

- 4 被保険者及び事業者は、利用料に過不足があると認められたときは、双方協議の上、当該過不足金の清算をすること。

同意書を交わした日付

令和 〇〇年 〇月 〇日

日立市長 殿

利用者の印(シャチハタ不可)

(被保険者) 住所 **日立市助川町1-1-1**
氏名 **日立 花子**

日立

(事業者) 所在地 **日立市神峰町7-7-7**
事業所名 **〇〇株式会社**
代表者職氏名 **代表取締役 茨城 太郎**

茨城

原則、領収証・振込口座の名義と一致
※異なる場合はご相談ください

代表者の印
(スタンプ、シャチハタ不可)