

様式第1号（第3条関係）

諏訪広域連合介護保険 高額介護サービス費等受領委任払承認（継続）申請書											
被保険者証番号				委任開始 利用年月		年 月		承認番号		※ 号	
氏 名				生年月日		年 月 日					
居宅介護支援事業者名		名 称									
		所在地									
サービス提供機関名		名 称									
		所在地									
		名 称									
		所在地									
要 介 護 度				有効期間		年 月 日～ 年 月 日					
高額介護サービス費等の支払が困難な理由	世帯の状況	氏 名		続柄	年齢	職業	収入金額（年額）				
	理由										
諏訪広域連合 広域連合長 様 上記のとおり申請します。 市町村長 様 受領委任承認のため、私及び私の世帯員の課税資料を閲覧することに同意します。 年 月 日 住所 氏名 署名または記名押印											