

受領委任払い合意番号							
------------	--	--	--	--	--	--	--

介護保険 高額介護サービス費 受領委任払い合意取下げ申出書

神戸市長宛

令和 年 月 日

神戸市と 年 月 日付で締結いたしました「介護保険 高額介護（予防）サービス費受領委任払い合意」につきまして、令和 年 月サービス提供分をもって終了し、終了月の翌月のサービス提供分より本人償還払いの支給申請方法に切り替えることを申し出ます。

合意の終了に伴い、利用者本人および家族等へ説明が必要となった場合は、当方で責任をもって行います。

後日、受領委任払いにかかる合意を再開する場合は、神戸市に対し、当方より改めて合意の締結について申し出の上、必要書類を提出いたします。

施設住所

---

法人名

---

施設名

---

(フリガナ)

法人代表者（職）氏名

印

---

※神戸市との合意締結日は、すでに締結済みの「介護保険 高額介護（予防）サービス費受領委任払い合意書」を基に記入してください。

※受領委任払い終了月は、取下げ申出月または、現在受領委任払いをご利用されている方の最終利用月のうち、いずれか遅い方を記入してください。