

(別紙様式2)

法定代理受領サ - ビスに関する同意書

私は、(有料老人ホ - ム・適合高齢者専用賃貸住宅)「
」(事業所番号
。以下「事業者」という。)が私に対して提供する指定特
定施設入居者生活介護等(特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居
者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護をいう。以下同じ。)について、
介護保険法第41条第6項、第42条の2第6項及び第53条第4項の規定に
基づき、事業者が私に代わって介護保険の保険給付(居宅介護サ - ビス費、地
域密着型介護サービス費及び介護予防サ - ビス費)の支払いを受けることに同
意します。

年 月 日

氏 名 : 印
保険者番号 :
被保険者番号 :

(注) 同意の日が特定施設入居者生活介護等の利用開始後である場合は、本文
中「介護保険の保険給付」を「 年 月 日以降分の介護保険の保険給
付」と記載すること。