

様式第52号（甲）（第43条関係）

堺市介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請書  
（ 年 月 ）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		2 7 1 4 0 3			
	被保険者番号					
	個人番号					
生年月日	年 月 日		性別	男・女		
住所	〒 電話番号					
	氏名	生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合は、その被保険者番号		
			個人番号			
世帯構成	世帯主		男・女			
	世帯員		男・女			
		男・女				
堺市長 殿 上記のとおり高額介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。 なお、この申請の決定に際し、私（被保険者）及び私（被保険者）の家族の所得状況について市民税課税台帳により確認されることを承諾します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 (※) 電話番号 （申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。）						

注意

- 今回の支給以後、高額介護（介護予防）サービス費の支給の対象となる場合は、市長が特に指定する場合を除き、以後の申請手続は、不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
- 給付制限を受けている方については、高額介護（介護予防）サービス費の支給ができない場合があります。
- 口座振込依頼欄には、被保険者名義の口座を記入してください。口座名義人が被保険者と異なる場合は、別途口座振込依頼書が必要です。

高額介護（介護予防）サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄 (被保険者 の口座)	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金			
			2 当座預金			
フリガナ						
口座名義人						