

様式第52号(乙)(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												
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話番号 (※)</p> <p>(申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)</p>												

注意

- 1 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。
- 2 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								
			3 その他								
	フリガナ										
	口座名義人										