

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													
住 所	〒													
	氏 名	生年月日	電話番号											
			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													
	世帯員													
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(被保険者) 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 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。

高額介護(介護予防)サービス費を次の口座に振り込んでください。

(被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、別途口座振込依頼書が必要です。)

(1) 振込口座を指定する。

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						

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。

(2) 公金受取口座を利用する。(この場合は、上記の口座振込依頼欄への記入は、不要です。)

※マイナポータルにおいて、あらかじめ公金受取口座を登録し、その口座に振込みを希望される場合は、
□にレ印を記入してください。

※公金受取口座の変更又は登録抹消を行うと、反映までに一定の期間を要しますので、御希望の口座に振り込めない場合があります。

※公金受取口座の変更又は登録抹消を行った場合は、速やかに堺市(お住まいの区の地域福祉課)に御連絡ください。