

堺市介護保険高額介護サービス費受領委任払承認通知書

年 月 日

様

堺 市 長

印

先に依頼のありました下記の者に係る高額介護サービス費の受領委任に基づく口座振替については、下記のとおり決定しましたので通知します。

(施設用)

被 保 険 者 番 号										
利 用 者 負 担 上 限 額										円
被 保 険 者 氏 名										
生 年 月 日	明治・大正・昭和			年	月	日				
連 絡 先	〒									
	電話番号 ()									
入 所 施 設 名										
有 効 期 限	年 月 支 払 分 从 年 月 支 払 分 まで									

- (注意) 1 上記利用者負担上限額を超えない月分については、委任払いはなかったものとみなします。
- 2 再審査請求をされている場合は、本市までご連絡ください。
- 3 被保険者が退所し、又は退院されるときは、本市までご連絡ください。

問い合わせ先