

様式第4号(乙)(第3条関係)

堺市介護保険高額介護サービス費受領委任払不承認通知書

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払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)

被保険者氏名		被保険者番号																	
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

決定事項	下記の理由により承認しません。
------	-----------------

理由	
----	--

問い合わせ先