様式第1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承認申請書

(府外施設用)

新規・更新・変更

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日			
住所			
介護保険施設等の所在地及び名称	電話番号		
入所(院)年月日	年　月　日	老齢福祉年金の受給の有無	有　無
認定期間	年　月　日～　年　月　日		

		氏名	生年月日	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

私が支給を受ける高額介護サービス費の受領に係る権限を上記の介護保険施設等に委任することについて承認を受けたいので、申請します。

なお、この申請の決定に際し、私及び私の家族の所得状況について市民税課税台帳等により確認されることを承諾します。

年　月　日

申請者
(被保険者本人)

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。)