

堺市介護保険高額介護サービス費支給申請書兼請求書

( 年 月分)

(府外施設用)

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		年 月 日																		
住所		〒																		
		電話番号																		
介護保険施設等の所在地及び名称																				
当該月分の負担すべき額																				
		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	世帯員																			
		年 月 日																		
堺市長 殿																				
		<p>上記のとおり関係書類を添えて高額介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>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及びその決定内容を介護保険施設等に情報提供することを承諾します。</p> <p>また、支給決定又は更正決定の上は、先に受領委任しました介護保険施設等の金融機関口座に振替払をしてくださるよう請求します。</p>																		
申請者		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) サービス提供証明書及び領収証を添付してください。