

様式第2号（第4項関係）

堺市介護保険住所地特例者の世帯管理に係る結果通知書

年 月 日

様

堺市長 印

先に申請のありました堺市介護保険住所地特例者の世帯管理に係る申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

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

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 受付年月日 | | 決定年月日 | |
| 決定内容 | | | |

注意 この決定により、次の制度の負担上限額等の段階が変更となり、費用負担が大きく、または小さくなる場合があります。

介護保険料、負担割合、高額介護サービス費の負担上限額、高額医療合算介護サービス費の算定基準額、特定入所者介護サービス費の利用者負担段階、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度

問い合わせ先