

介護保険給付費 受領申立書
介護保険料還付金 受領申立書

令和 年 月 日

宿毛市長様

〒

申立者 (相続人代表者)	住所
	フリガナ
	氏名 (印)
	電話番号
	死亡した被保険者との続柄

私は、_____の相続人代表として、被相続人(死亡した被保険者)死亡後における、被相続人に係る(介護保険給付費・介護保険料還付金)の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私(申立者)が責任を持って異議のないように処理し、宿毛市に対し、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和
	死亡日	

— 口座振替依頼欄 — (相続人代表者名義の口座)
介護保険給付費については、下記の口座に振込んでください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()			預金種別	普通座 ()
口座番号					被保険者との続柄	
フリガナ						
口座名義人						

- ※ 申立者の本人確認書類が必要です。
- ※ 申立者と口座名義人が異なる場合は、委任状の添付が必要です。

【市町村確認欄】 ① 確認結果<被相続人の配偶者(死亡・無)、子または孫(死亡・無)、父母(死亡・その他)> ② 申立者が甥・姪の場合<被相続人の(兄・弟・姉・妹)である申立者の(父・母)は死亡している> ③ 確認方法(口頭・戸籍・その他) ※確認者 (印)
--