|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |

**介護保険高額介護（予防）サービス費・高額医療合算介護サービス費**

**支給口座変更届兼受領申立書**

五所川原市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

申立者　　住所　〒

（相続人）

　 氏名

電話番号

死亡した被保険者からみた続柄

　私は、下記被相続人の死亡にともない、相続人代表として介護保険法に基づいて支給される高額介護（予防）サービス費、高額医療合算介護サービス費の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置いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者（被相続人） | 被保険者番号 |  |
| 住所 | 五所川原市 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　男・女 | 生年月日 | ＭＴ　　　年　　月　　日Ｓ |
| 死亡年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

　上記支払いについて、下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行信用金庫信用組合農協 | 本店支店出張所 | 口座番号（右詰めでご記入ください。） |
| 金融機関コード | 店舗コード | 種　目1.普通預金2.その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

　※口座名義人のフリガナは必ずご記入ください。

保険者受付

　※**振込口座の通帳の写し（表紙及び表紙裏ページ等口座番号が確認できる部分）**

**を必ず添付してください。**