|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | Ｍ  Ｔ　　　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。**