

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。

※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。

保険者受付
