**介護保険給付費等の申請及び受領に関する申立書**

**【被相続人(死亡した被保険者)】**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | 死亡年月日 | 年　　月　　日 |

大崎市長　様

私は、相続人代表として、上記被相続人(死亡した被保険者)の死亡にともない、介護保険給付費及び大崎市介護サービス利用者負担額助成金の支給申請及び受領を行うことを申し立てます。今後、介護保険給付費等の支給が発生した場合は下記の口座に振込み願います。

なお、他の相続人に対しましては私が責任をもって異議のないように処理し、大崎市に対して一切迷惑をかけないことを申し添えます。

　　年　　月　　日

**【相続人代表者】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | 死亡した被保険者との続柄 | □配偶者　□ 孫　　□ 兄・弟・姉・妹  □実子　　□ 曾孫　□ 甥・姪  □養子　　□ 父・母 |
| 相続人代表者  氏　　　名 | ㊞ |

**【介護保険給付費の振込先】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  農　　協 | | | | | | | | | 支　店　名 | | 本　店  支　店  出張所 | | | |
| 金融機関コード |  | |  | |  | |  | | | 店舗コード | |  |  | |  |
| 口座番号 |  |  | |  | |  | |  |  | |  | 種別 | | 普通　・　当座 | |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | |

**委　　任　　状**

委任されたもの（口座名義人）

住所

氏名

私は，上記のものに対し

□　高額介護（予防）サービス費

□　居宅介護（予防）福祉用具購入費

□　居宅介護（予防）住宅改修費

□　大崎市介護サービス利用者負担額助成金

□　高額医療合算介護（予防）サービス費

□　その他（　　　　　　　　　　　）

の受領について委任いたします。

　　　年　　　月　　　日

委任するもの（被保険者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞