

# 介護保険給付費の支給申請及び受領に関する申立書

年 月 日

播磨町長 殿

私（相続人）は、下記1の被保険者の相続人代表として\_\_\_\_\_年 月分  
介護保険 \_\_\_\_\_費の支給申請及び受領を行うことを  
申し立てます。本申立書に係る介護保険給付費は下記の口座へ振り込んでください。  
なお、他の相続人に対しまして、私が責任をもって異議のないように処理いたします。

相続人氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 1. 死亡した被保険者の住所・氏名等

被保険者番号 \_\_\_\_\_

住 所 播磨町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

死亡年月日 \_\_\_\_\_年 月 日 \_\_\_\_\_

## 2. 相続人の住所・氏名等

被保険者番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (被保険者との続柄 \_\_\_\_\_)

生年月日 \_\_\_\_\_年 月 日 \_\_\_\_\_

※ 被保険者と同一世帯でない場合は、被保険者との関係が証明できるもの  
(戸籍藤本等)を添付してください。

## 3. 介護保険給付費振り込み口座

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号			
	金融機関コード	店舗コード		1. 普通預金	2. 当座預金	3. その他	
	フリガナ						
	口座名義人						

※相続人本人名義の口座を指定してください。