

介護保険高額医療合算介護(予防)サービス費振込口座(変更)届出書兼申立書

記入日 年 月 日

鳩山町長 宛て

1.被保険者情報

フリガナ		被保険者番号											
被保険者氏名		生年月日	年 月 日										
住所	〒 ー 電話番号 ()												
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 (該当の介護度に○をつけてください。)												

2.振込口座情報(※被保険者の資格喪失により相続人口座への振込を希望する場合は、申立書欄もご記入ください。)

住所	〒 ー 電話番号 ()													
フリガナ														
氏名	被保険者(本人)との関係()													
受領委任欄 (※被保険者と口座名義人が違う場合)	年 月 日 (委任者) 住所 氏名 印 (代理人) 住所 氏名 印													
振込指定 口座情報	金融機関名					銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合								
	支店名					本店 支店 出張所								
	口座種別	1 普通預金 2 当座預金 3 その他()												
	口座番号													
	口座名義人	(フリガナ) 												

申立書

故_____に係る介護保険高額医療合算介護(予防)サービス費の給付については、相続人を代表して私が受領いたしますので、上記口座へ振込をお願いします。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じていても私が責任を持って処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

申立人(相続人代表者)

住所_____

氏名_____印

電話番号_____

被保険者(本人)との関係_____