

# 申 立 書

被保険者【亡くなった方】

住 所											
氏 名								亡くなった日	年 月 日		
被保険者番号											/

上記、被保険者の今後発生する介護保険料及び介護保険給付に係る幸手市からの請求及び支給の一切を、私が相続人の代表として受けたく申請します。

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

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

相続人代表者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

幸手市長 あて

振 込 指 定 口 座	口座名義人		(フリガナ)									
	金融機関用 <small>(ゆうちょ銀行を除く)</small>							銀行 信用 農	行 庫 協	本 店 支 張 支 所		
		種 別	普 通 当 座			口 座 番 号						
	銀行 <small>ゆうちょ</small>	通 帳 記 号				通帳番号 (右づめで記入してください。)						

\*相続人代表者以外の口座を指定する場合、下記の委任状も記入してください。

委任状	
(委任者) 住所 _____	氏名 _____ 印
下記の者を私の代理人と定め、上記の受領に関して委任します。	
(代理人) 住所 _____	氏名 _____