

介護給付費に係る相続人代表者指定届

令和 年 月 日

ふじみ野市長 宛て

下記の被保険者に係る高額介護サービス費及び介護サービス利用者負担助成金その他の給付に係るものについては、相続人を代表して受領しますので、送付先と振込先口座の登録をお願いします。

なお、この件について他の相続人から異議がありましても相続人の間で解決いたします。

記

①相続人代表者の指定（送付先・口座情報を含む）

（届出人と同一の場合は右にしてください： ）

フリガナ		※自署の場合は、押印不要です。						被相続人との続柄	
氏名		ⓐ							
【送付先】 住所及び 電話番号		〒		—		電話番号 ()			
【口座情報】 振込先 口座	金融機関	銀行・信用金庫 農協						本店・支店 出張所・支所	
		種別	普通 当座	口座番号					
	名義人	(フリガナ) <input type="checkbox"/> (氏名欄と同じ場合は左に <input checked="" type="checkbox"/>)							

※口座名義人は原則、相続人代表者の名義のものとなります。

※給付金（高額介護サービス費、介護サービス利用者負担助成金）には支給要件があります。支給要件を満たす場合にのみ、相続人代表者に給付金の支給を行います。

②被保険者（被相続人）の情報

被保険者番号		死亡年月日	令和	年	月	日
氏名		生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所	〒		—		<input type="checkbox"/> ①相続人代表者と同じ場合 <input checked="" type="checkbox"/>	

③届出人の情報

※「届出人」と「相続人代表者」が異なる場合に記入してください。

氏名		被保険者との続柄	
住所及び電話番号	〒		—
		<input type="checkbox"/> ①相続人代表者と同じ場合 <input checked="" type="checkbox"/>	
		電話番号 ()	

【「①相続人代表者の指定」と異なる送付先を設定する場合】

（いずれかに○を付けてください） ア：届出人と同じ イ：次の者とする

送付先	氏名		被保険者との続柄	
	住所及び電話番号	〒		—
		電話番号 ()		

市担当者
処理欄

送付先 入力	送付先 確認①	送付先 確認②	口座 入力	口座 確認①	口座 確認②
-----------	------------	------------	----------	-----------	-----------