

相続人申立書（介護保険）

年 月 日

新発田市長 宛

1. 被相続人

被保険者証番号									
死亡年月日	令和 年 月 日								
被保険者氏名									

私は、相続人代表として、上記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る介護保険給付費（介護保険法第18条）及び介護保険料の還付申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人は、私（申立人）が相続することについて異議がないことを申し添えます。

2. 申立人 （相続人代表）

郵便番号 〒

住 所

（フリガナ）

氏 名 氏名 (自署の場合は押印不要)

死亡した被保険者との続柄

電話番号

3. 振込先口座

<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農 協 <input type="checkbox"/> 労働金庫	<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
口座番号	口座名義人		
	フリガナ		
	氏名		

委任状については相続申立人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。

【委任状】 相続人申立に伴う受領の権限を下記の者に委任します。

令和 年 月 日

委任する人（申立人）

氏 名 氏名 (自署の場合は押印不要)

委任を受ける人（口座名義人）

住 所 〒

氏 名 委任する人との関係

電話番号