

介護保険 給付費等に係る支給申請者変更届

令和 年 月 日

佐賀中部広域連合長 様

申請者 住所 _____
(相続人代表) 氏名 _____ 印
被保険者との続柄 (_____)
電話番号 (_____)

介護保険法にもとづき支給される下記の被保険者に係る給付費等については、私が相続人を代表して受領する事を届け出るとともに、このことに関する相続人間の問題等が発生した場合には、一切の責任を負うことを誓います。

記

死亡した被保険者の氏名・住所等

フリガナ		性別	被保険者番号														
氏名		男・女															
住所																	
死亡年月日	平・令 年 月 日死亡																

※被保険者と同一世帯でない場合は、**続柄を証明できる書類（戸籍謄本の写し等）**を添付
法定相続人でない場合は、**相続を確認できる書類（遺言書の写し等）**を添付
「法定相続人」…配偶者、子、父母、兄弟姉妹など（子の配偶者等は含みません。）

相続人代表の方の口座をご記入ください。

口座振込依頼欄	ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号									
		金融機関コード	店舗コード	フリガナ										
				口座名義人 (相続人代表)										
		種目	1. 普通 2. 振替 3. 貯蓄	フリガナ 口座名義人 (相続人代表)										
ゆうちょ銀行	通帳記号		—	通帳番号										
	通帳に振込口座の印字がある場合、右欄もご記入ください。		店番	口座番号										

※ゆうちょ銀行については、記号番号を振込用の店名・口座番号に読み替えて振り込みます。