

介護保険給付費受領に関する申立書

令和 年 月 日

指宿市長 様

申立人（相続人代表）

住所

氏名

印

対象者との続柄 配偶者・子・その他（ ）

電話番号

下記被保険者（被相続人）の死亡に伴い、介護保険法に基づいて支給される介護給付費等については、上記申立人（相続人代表）が受領するものであることを申し立てます。

なお、他の相続人から異議があったときは、私の責任において解決し、貴市には一切ご迷惑をかけないことを確約いたします。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	年 月 日

介護保険法に基づいて支給される介護給付費については、下記の口座に振り込んでください。

金 融 機 関 名	銀行・農協・信金
支 店 名	支店・支所・本店・出張所
種 別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
口 座 番 号	
フ リ ガ ナ	
口 座 名 義 人	

※ 民法第 887～890 条に規定されている法定相続人以外の方が申立人となる場合は、公正証書（遺言書）が必要になります。

※ この届は、介護保険給付の請求受領に関する届出ですので、全ての相続に影響するものではありません。

※ 「個人宛文書取扱いの変更連絡票」等の送付先にかかわらず、上記の申立人の住所が介護保険給付関係の送付先となります。変更を希望する場合は下記までご連絡ください。

【お問い合わせ先】 指宿市役所 市民福祉部長寿支援課 介護保険係
電話（0993）22-2111