**介護保険給付費受領に関する申立書**

　　年　　月　　日

指宿市長　殿

申立人（代表者）住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

対象者との続柄

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（代表者）が受領するものであることを申し立てます。

　なお，他の申立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886～890条に規定されている法定相続人の範囲は以下の通りです。

　　子，配偶者，父母，兄弟姉妹となります。

　　これら以外の方が相続人となる場合は公正証書(遺言書)が必要になります。

　(この届けは，介護保険給付の請求受領に関しての届出ですので，全ての相続に影響するものではありません)

お問い合わせ先　指宿市役所　健康福祉部国保介護課　介護保険係

電話　（０９９３）２２－２１１１　内線２５３・２５４