

念 書

(提出先)

足立区長

故 _____ (被保険者番号)

0	0	0							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

(生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日)

に係る介護保険に関する下記の支給金等の請求・受領については、相続人である私に一切の権限が委任されており、私が請求・受領するものです。

- * 保険料過誤納還付金
- * 住宅改修費
- * 高額医療合算介護（予防）サービス費
- * 高額医療合算介護（予防）サービス費相当事業費
- * 福祉用具購入費
- * 高額介護（予防）サービス費
- * 高額介護予防サービス費相当事業費

なお、この件について相続人に紛争等が生じた場合にも、貴区には一切ご面倒をかけることなく、私の責任において解決することといたします。

年 月 日

〒 _____

住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____

※自署 自署できない場合は代筆による氏名記入の横に要押印
(代筆者ではなく相続人の押印)、ゴム印不可
(代筆者氏名： _____)

亡くなられた方
との続柄 _____

電 話 _____

氏 名 _____

※自署 自署できない場合は代筆による氏名記入の横に要押印
(代筆者ではなく相続人の押印)、ゴム印不可

なお、介護保険に関する支給金等について、下記の口座に振り込んでください。

口 座 名 義 人	銀 行 等	金融機関名	支店名	種目	口座番号						
		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	1 普通							
		金融機関コード	支店コード	2 当座							
ゆう ち よ 銀 行	金融機関名	店名・店番		種目	通帳番号						
	ゆうちょ 銀行			1 普通 2 貯蓄							
	※店名・店番がご不明の場合は 記号・番号をご記入ください。			記号	番号						
フリガナ											
口座名義人氏名 (※必ずご記入ください)											

両方ご記入ください

本申請の記載事項について、誤字・脱字などの軽微な訂正については、区職員が行うことに同意します。

※相続人の口座をご記入ください。

区確認欄	給付 資格 住所	受理入力 口座入力
------	----------	-----------

念 書

記入例

被保険者ご本人の氏名
と生年月日を忘れずに
ご記入ください

故 (被保険者番号)

0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(生年月日 明治・大正 **昭和** 99年 9月 9日)

に係る介護保険に関する下記の支給金等の請求・受領については、相続人である私に一切の権限が委任されており、私が請求・受領するものです。

- * 保険料過誤納還付金
- * 福祉用具購入費
- * 住宅改修費
- * 高額介護（予防）サービス費
- * 高額介護（予防）サービス費相当事業費
- * 高額医療合算介護（予防）サービス費
- * 高額介護予防サービス費相当事業費

なお、この件について相続人に紛争等が生じた場合にも、貴区には一切ご面倒をかけることなく、私の責任において解決することといたします。

5 年 1 月 1 日

〒 120 - 8510

住 所 足立区中央本町 1-17-1

フリガナ

氏 名

※自署 自署できない場合は代筆による氏名記入の横に要押印
(代筆者ではなく相続人の押印)、ゴム印不可
(代筆者氏名:)

亡くなられた方 **子**
との続柄

電 話 03-3880-5744

氏 名

※自署 自署できない場合は代筆による氏名記入の横に要押印
(代筆者ではなく相続人の押印)、ゴム印不可

なお、介護保険に関する支給金等について、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名	種目	口座番号
<p>こちらはゆうちょ銀行を振込先に ご指定いただいた場合の記入例です</p>			
ゆうちょ 銀行	〇〇 八	1 普通 2 貯蓄	3 4 5 6 7 8 9
※店名・店番がご不明の場合は 記号・番号をご記入ください。		記号 10080	番号 34567891
フリガナ	〇〇〇	□□□	
口座名義人氏名 (※必ずご記入ください)			

代表承継人（相続人）様の情報
を記入・署名してください

両方ご記入ください

本申請の記載事項について、誤字・脱字などの軽微な訂正については、区職員が行うことに同意します。

必ずご記入
ください