

介護保険に係る相続人送付先及び代表申立書

年 月 日

● 被保険者（被相続人）

被保険者番号	0	9	0									
フリガナ												
被保険者氏名												
住 所												
								生年 月日	明・大・昭	年	月	日

● 申立者（相続人代表）

郵便番号					電話番号							
住所												
氏名					被相続人 との続柄							

● 提出者（申立者と同じ場合は不要）

氏名					電話番号							
住所												

鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 様

私は、相続人代表として、被相続人の死亡後における、「介護保険法」に基づく介護保険に関する書類の受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（相続人代表）が責任を持って異議のないように処理することを申し添えます。

（裏面に続く）

[鳥栖地区広域市町村圏組合確認欄]

受付者	係員	係長	課長 補佐	介護保険 課長

受付印

被保険者の死亡に伴い、今後支給もしくは還付が発生する場合は、次の口座へ振り込んでいただきますよう申し立てます。

金融機関名	銀行	金融機関	コード				預金種目			
	金庫	信用組合 農協・漁協								
本店	支店		支店コード				口座番号 (右詰)			
		支所								
フリガナ										
口座名義人										

※表面の申立者（相続人代表）と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状も忘れずにご記入ください。

＜委任状＞

私は、次の者を代理人と定め、相続人代表申立に伴う受領に関する権限を委任します。

申立者（相続人代表）

氏名										
住所										

代理人（口座名義人）

住所										
氏名					申立者 との関係					

[お問い合わせ先]

(介護保険料に関すること)

総務課 収納対策室 介護保険料係

TEL : 0942-85-3637

(高額サービス費等に関すること)

介護保険課 給付係

TEL : 0942-81-3315