

相続人等代表者(代理人)指定届出書

令和 年 月 日

邑智郡総合事務組合 管理者 様

届出人 住所 _____

氏名 _____ (印)

被保険者との関係 (届出人が下記「2」の相続人と同じ場合は省略可)

配偶者 子 父母 孫 兄弟姉妹 その他 (_____)

下記「1」の者の死亡又は代理人を必要とする場合には、介護保険料及び介護給付費に関する相続人等代表者(代理人)を、下記「2」の者を指定したので届出します。

1. 被保険者の住所・氏名等	被保険者番号	
住所		
氏名	(生年月日 年 月 日)	
死亡年月日		

2. 相続人等代表者(代理人)の住所・氏名等

住所	〒 _____		
氏名	(生年月日 年 月 日)		
続柄	配偶者 子 父母 孫 兄弟姉妹 その他 (_____)		
電話番号	自宅 (_____)	—	
	緊急連絡先(勤務先・携帯等) (_____)	—	

*続柄が「その他」の場合は裏面にその理由をご記入ください。

3. 高額介護サービス費、償還払い又は介護保険料還付金が発生した場合には、下記の口座へ振り込んでください。

預貯金口座等	フリガナ							*代表者と違う場合に記入して下さい			
	口座名義人							被保険者との続柄			
	銀行等	銀行・金庫 農協・組合			支店・支所 代理店・出張所						
		金融機関コード				店舗コード					
種目	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		口座番号								

※ゆうちょ銀行(金融機関コード:9900)への振込には、振込用口座番号と店番号を記入して下さい。

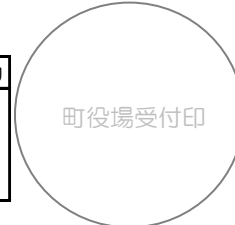
※訂正する箇所には、必ず訂正印を押して下さい。

〔介護保険課確認欄〕

確認	課長	給付係	賦課係
	(印)	(印)	(印)

〔役場確認欄〕

確認	受付	資格異動入力
	(印)	(印)



届出人→町役場介護保険担当課→邑智郡総合事務組合介護保険課

(裏面)

相続人等代表者（代理人）が、その他の場合

理由

--

	課長
承認	印