

# 介護保険給付費等受領者届

被保険者番号 \_\_\_\_\_

住 所  笠岡市   番地

氏 名 \_\_\_\_\_ の介護保険給付費等については、

本人が \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日死亡したため、私 \_\_\_\_\_ が

下記相続人を代表して全額受領します。

なお、このことに関する異議等については、私が一切の責任を負うことを誓約します。

笠岡市長 様

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

・その他の相続人(記入欄が不足の場合は、任意の様式に記入願います)

氏 名	住 所	続 柄	印

下記の口座へ振り込んでください

口座 振替 依頼 欄	金 融 機 関 名								支 店 名			
	(金融機関コード)				銀 行 信用金庫 信用組合 農 協				(店舗コード)		本 店 支店 出張所 ( )	
	口座番号								預金種別		普通 当座	
フリカ`ナ												
口座名義人												

※市役所処理欄	
<input type="checkbox"/> 高額介護(予防)サービス費	<input type="checkbox"/> 居宅介護(予防)サービス費等 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 居宅介護(予防)福祉用具購入費	<input type="checkbox"/> 居宅介護(予防)住宅改修費
<input type="checkbox"/> 高額介護(予防)合算療養費等	<input type="checkbox"/> 高額介護(予防)サービス費相当事業費