# 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）

<table>
<tr><td>被保険者番号</td><td>0</td><td>9</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="9"></td><td rowspan="2">生年<br>月日</td><td rowspan="2" colspan="2">明・大・昭　　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>被保険者氏名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>住　　　所</td><td colspan="12"></td></tr>
</table>

● 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<br>金庫<br>信用組合<br>農協・漁協 | 金融機関コード | 預金種目 |
|---|---|---|---|
| | | | 1　普　通　3　貯　蓄<br>2　当　座　4　その他 |
| | 本　店<br>支　店<br>支　所<br>出張所 | 支店コード | 口座番号（右詰） |
| | | | |
| 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<br>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：０９４２－８１－３３１７