

介護給付費受領申立書

伊丹市長様

住所：〒 -

申立人(相続人)

TEL. - -

氏名： 印
 (被保険者との続柄：)

下記被保険者（被相続人）死亡に伴い、介護保険法に基づいて支給される介護給付費については、上記相続人が受領するものであることを申し立て致します。

なお、他の相続人から異議申し立てがあったときは、私の責任において解決し、貴市には一切御迷惑をかけないことを確約致します。

記

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0
	住所	〒664 -
	氏名	
	死亡年月日	平成 年 月 日

介護保険法に基づいて支給される介護給付費については、下記の口座に振込んでください。
 なお、下記の口座振込をもって支払の効力を生ずることについては異議はありません。

口座振込依頼欄 (相続人)	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
	金融機関コード		店舗コード		
			1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他		
	フリガナ				
	口座名義人				