

# 介護給付費（事業費）受領申立書

伊丹市長 様

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（事業費）については、下記相続人が受領するものであることを申し立ていたします。

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、貴市には一切ご迷惑をおかけしないことを確約いたします。

年 月 日

記

申立人 (相続人)	氏名	続柄( )									
	住所	※本人が自署しない場合は、記名押印してください									
	電話番号	- -									

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0							性別	男・女
	フリガナ											生年月日	年 月 日
	氏名											死亡年月日	年 月 日
	住所	〒 -										電話番号	- -

介護保険法に基づいて支給される介護給付費（事業費）については、下記の口座に振り込んでください。

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、異議ありません。

口座名義人	フリガナ													
	氏名													
<input type="checkbox"/>	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. その他	口座 番号										
<input type="checkbox"/>	ゆうちょ銀行	支店番号 (記号)	1	0										1

※振込先口座の確認のため、通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください。

※銀行の変更等で上記指定の口座が使用できなくなる場合、伊丹市介護保険課へご連絡ください。