

介護給付費受領申立書

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() ※本人が自署しない場合は、記名押印してください											
	住所	〒 —				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														
☐	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												
☐	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。