

申 出 書

佐世保市長 様

介護保険に関する支給申請及び給付費の受領に関して、私が下記の受領者の代表となることを申出いたします。

なお、この支払い申請及び受領の一切の権限に関して、後日、事故または紛議が生じた場合は、貴市には何等迷惑・損害をおかけしません。

【被保険者】

被保険者番号		生年月日	大正	年	月	日
フリガナ			昭和			
氏名		死亡日	令和	年	月	日

【申出者（相続人）】

住所	〒 ー					
フリガナ		続柄				
氏名		電話番号	ー ー			
金融機関名	店 舗 名	種 目	口 座 番 号			
銀行 農協 信用金庫 信用組合 その他	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座 3 その他				
金融機関コード	店舗コード					
フリガナ						
口座名義人						

※申出者は法定相続人の方になります。

法定相続人とは、配偶者及び子供（亡くなっている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹（亡くなっている場合はその子供）になります。

※子の配偶者は法定相続人にはなりません。

※法定相続人以外の方でも公正証書をお持ちの方は申出者となることができます。

佐世保市確認欄

	高額介護	高額介護合算	おむつ購入費	福祉用具	住宅改修	償還払い
有						
無						