

年 月 日

# 介護給付費等受領申立書

西宮市長様

申立人(相続人)

住所

(電話番号: - - )

氏名

(被保険者との続柄: )

印

※自署の場合は  
押印不要です。

下記被保険者(被相続人)の死亡にとまない、介護保険法に基づいて支給される介護給付費(高額医療合算介護(予防)サービス費を除く)及び高額第1号事業支給費については、上記相続人が受領するものであることを申し立てます。

なお、他の相続人から異議があったときは、私の責任において解決し、貴市には一切迷惑をおかけいたしません。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	
	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	死亡年月日	年 月 日

介護保険法に基づいて支給される介護給付費(高額医療合算介護(予防)サービス費を除く)及び高額第1号事業支給費については、下記の口座に振り込んでください。

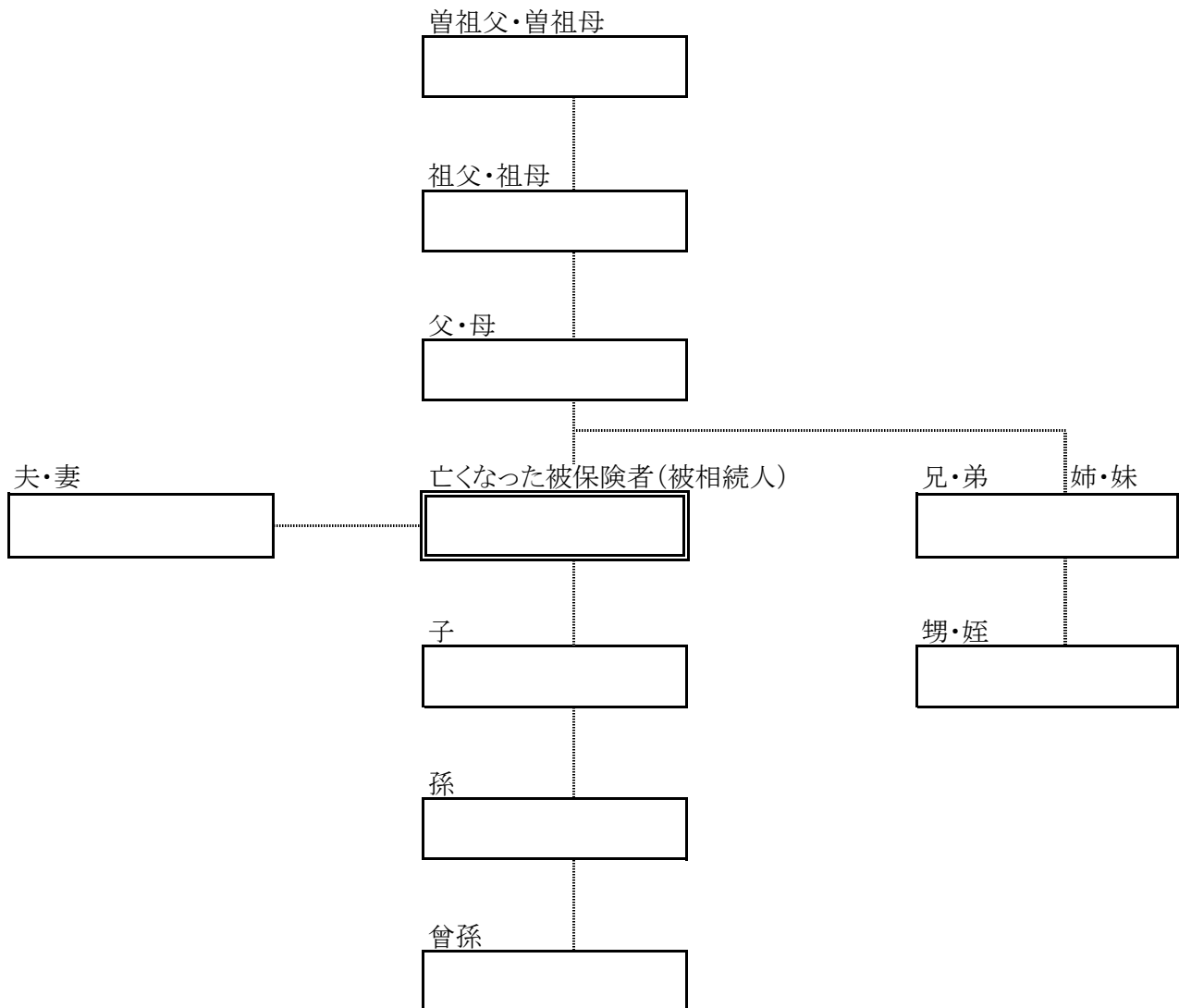
申立人 口座  ゆうちょ銀行か金融機関のいずれかの欄に記載してください。	ゆうちょ銀行	9	9	0	0	通帳記号	1					0	種目	1	口座番号(右づめで)								
	金融機関	金融機関名				銀行	店舗名				本店	種目		口座番号(右づめで)									
								信金				支店	普通預金										
									信組				出張所	当座預金									
				フリガナ																			
必ず記入してください。			口座名義人																				

※裏面もご記入ください。

【続柄図】

<記入方法>

枠内に、亡くなった被保険者(被相続人)と、申立人(相続人)の氏名だけを記入してください。  
その他の続柄の枠は記載不要ですので、空白としてください。



※この図の範囲以外の方が受取人の場合は、遺言書の写しを添付してください。

# 記入例

〇〇年 〇〇月 〇〇日

## 介護給付費等受領申立書

西宮市長様

申立人(相続人)

申立人様について  
ご記入ください。

住所 西宮市六湛寺町10番3号

(電話番号: 0798 - 35 - 3048 )

氏名 西宮 一郎

(被保険者との続柄: 長男 )



※自署の場合は  
押印不要です。

下記被保険者(被相続人)の死亡にとまない、介護保険法に基づいて支給される介護給付費(高額医療合算介護(予防)サービス費を除く)及び高額第1号事業支給費については、上記相続人が受領するものであることを申し述べます。

なお、他の相続  
しません。

被保険者番号が不明  
な場合は空白のまま  
ご提出ください。

私の責任において解決し、貴市

被保険者様について  
ご記入ください。

被保険者 (被相続人)	被保険者番号	0001234567									
	住所	西宮市六湛寺町10番3号									
	氏名	西宮 太郎									
	生年月日	明治	大正	昭和	12	年	1	月	1	日	
	死亡年月日	〇〇	年	〇〇	月	△△	日				

介護保険法に基づいて支給される介護給付費(高額医療合算介護(予防)サービス費)及び高額第1号事業支給費については、下記の口座に振り込んでください。

申立人様のお口座  
をご記入ください。

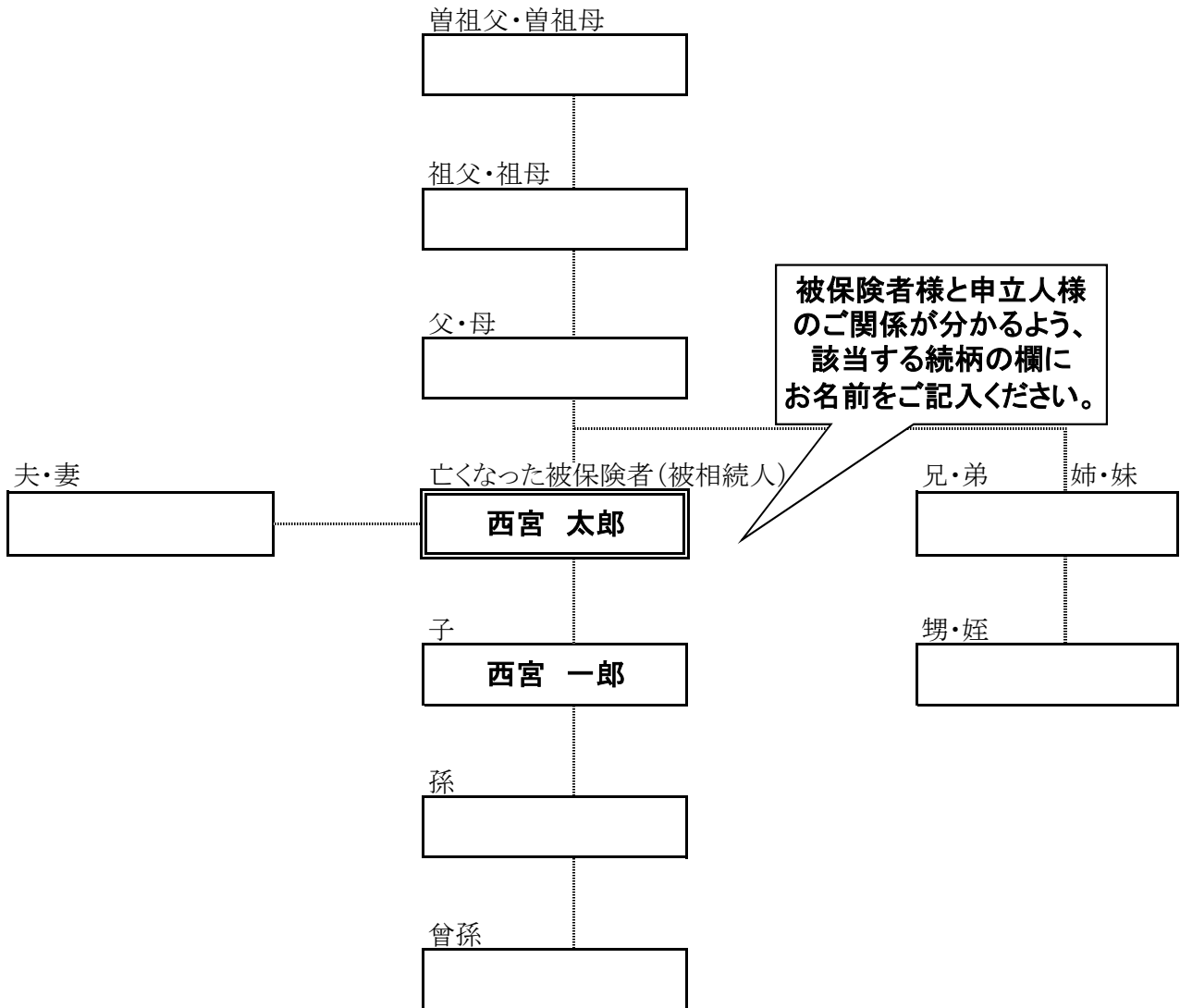
申立人 口座	ゆうちょ 銀行	9	9	0	0	通帳記号	1	4	3	8	0	種目	1	口座番号 (右づめで)						
	金融機関 金融機関名							店舗名				種目	口座番号(右づめで)							
									銀行	本店			普通預金							
										信金	支店			当座預金						
						信組	出張所				貯蓄預金									
必ず記入してください。							フリガナ	ニシノミヤ イチロウ												
						口座名義人	西宮 一郎													

※裏面もご記入ください。

【続柄図】

<記入方法>

枠内に、亡くなった被保険者(被相続人)と、申立人(相続人)の氏名だけを記入してください。  
その他の続柄の枠は記載不要ですので、空白としてください。



※この図の範囲以外の方が受取人の場合は、遺言書の写しを添付してください。