

介護保険給付費の支給申請及び受領に関する申立書

平成 年 月 日

遊佐町長 殿

私（相続人）は、下記1の被保険者の相続人代表として平成 年 月分
介護保険 費の支給申請及び受領を行うことを
申し立てます。

なお、他の相続人に対しまして、私が責任をもって異議のないように処理いたします。

相続人氏名 _____ 印

1. 死亡した被保険者の住所・氏名等

被保険者番号 _____

住 所 遊佐町 _____

氏 名 _____

死亡年月日 平成 年 月 日 _____

2. 相続人の住所・氏名等

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (被保険者との続柄 _____)

生年月日 平成 年 月 日 _____

※ 被保険者と同一世帯でない場合は、被保険者との関係が証明できるもの
(戸籍藤本等) を添付してください。

町記入欄	
住基確認済	戸籍確認済

住基画面・戸籍（写）は平成 年 月分申請書に添付