

介護保険給付等 代表相続人指定届

(あて先) みよし広域連合長 令和 年 月 日

【代表相続人】

住 所 _____

氏 名 _____ 生年月日 明・大・昭 年 月 日

(署名又は記名押印)

被保険者との続柄 _____ 連絡先 _____

下記の死亡被保険者の介護保険給付費について、私が代表相続人となり必要な手続きを行ったうえ受領します。

また、支給額は次の口座へ振り込んでください。

なお、この届けについて他の相続人から異議がありましても相続人の間で解決いたしますので、みよし広域連合には一切ご迷惑をおかけいたしません。

記

【死亡した被保険者】

住 所 _____

氏 名 _____ 生年月日 明・大・昭 年 月 日

被保険者番号 _____ 死亡年月日 令和 年 月 日

【代表相続人が受領する介護保険給付費】

- 高額介護（介護予防）サービス費
- 高額医療合算介護（介護予防）サービス費
- 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費
- 居宅介護（介護予防）住宅改修費
- 居宅介護（介護予防）サービス費等
- _____

【代表相続人の振込先】

振込先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号			
	金融機関コード	支店コード	1. 普通 2. 当座 3. その他				
フリガナ							
口座名義人氏名							

なお、上記死亡被保険者の介護保険給付費のうち、みよし広域連合へ返還すべき給付費があるときは、代表相続人である私が返還します。