

令和 年 月 日

介護保険給付費受給権利継承届兼誓約書

真庭市長 様

下記のとおり、被保険者の相続人(特別縁故者)として、介護保険給付費に関する権限を継承したことを届出します。
なお、被保険者の介護保険給付費を受領したことにより、万一他の相続人(特別縁故者)との間に争いが生じたときは、一切の責任を負うことを誓約します。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 ー	電話番号	() ー

死亡年月日		令和 年 月 日										
被 保 険 者	被保険者番号										性別	男 ・ 女
	フリガナ									生年月日	明治 大正 昭和	
	氏 名										年 月 日	
給 付 費 の 種 別		☐ 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 ☐ 高額介護(介護予防)サービス費 ☐ その他()										

※支給申請書等に記載した口座振込依頼欄と振込先を変更するときは以下も記入してください。

介護保険給付費を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄		銀 行 農 協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 支 所 出張所	種 目 1 普通預金 2 当座預金	口 座 番 号									
	ゆうちょ銀行	通 帳 記 号				通 帳 番 号(右詰めで記入)								
	フリガナ													
	口座名義人													