介護保険給付費の口座振込にかかる申立書

（あて先）　鎌　倉　市　長

私は、　　　　年　　月　　日に死亡した　被保険者氏名

（被保険者番号００００　　　　　　　　）

に係る介護保険給付費の申請 および 受領 について、

□　私が他の法定相続人から委任されていることを申し立てます。

□　私の他に法定相続人がいないことを申し立てます。

（※いずれかにチェックしてください。）

年　　月　　日

申　立　人　住　　所〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

死亡者との続柄　配偶者・子・孫・父・母・祖父・祖母・兄弟・姉妹・甥・姪

※　上記のいずれかに〇をつけてください。
上記以外の方が申立人となる場合は、相続人であることを証明する書面の写しを添付してください。

今回の介護保険給付費については、下記の口座に振り込んでください。

※　申立人と口座名義人が異なる場合は、裏面の委任状を記入してください。

金融機関名					支店名				種目	口座番号
□銀行 □信用金庫 □農業協同組合					□支店 □営業部 □出張所				□普通 □当座	
金融機関コード					支店コード					
口座名義 （カタカナで記入）										

（注）　ゆうちょ銀行に振込む場合は、振込専用口座（店番号３桁、口座番号７桁）を記入してください。

2020/ 4

委　任　状

（あて先）鎌倉市長

年　　月　　日

【委任者】
（申立人）

〒
住所

氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話　　　　　（　　　）

私は、介護保険給付費の受領に関する一切の件について、次の者に委任します。

【受任者】
（口座名義人）

〒
住所

氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話　　　　　（　　　）