

○受取金融機関を世帯主、被保険者本人以外の口座にする場合ご記入ください。

委任状

平成 年 月 日

阿賀町長 様

私が阿賀町から支払いを受ける（ 高額介護合算療養費 ・ 高額医療合算介護（介護予防）サービス費）について、下記の口座に振り込みすることを委任します。

委任者 (世帯主・被保険者)	氏名 ㊟
	住所
受任者 (口座名義人)	氏名 (申請者との関係：)
	電話 () —

○被保険者本人が亡くなられ、相続人が申請する場合にご記入ください。

相続人申立書

平成 年 月 日

阿賀町長 様

被保険者氏名		死亡年月日	平成 年 月 日
--------	--	-------	----------

上記被保険者の死亡後において、阿賀町から支払を受ける（ 高額介護合算療養費 ・ 高額医療合算介護（介護予防）サービス費）について、相続人を代表して受領することを申し立てます。なお、他の相続人の間において異議が生じても私が責任をもって解決することを申し添えます。

申立人	住所
	氏名 ㊟ (被保険者との続柄：)