

介護保険 資格取得・異動・喪失届[兼 相続人申立書]

阿賀町長 宛

【異動対象者】

フリガナ 氏名		届出日	年	月	日
		被保険者番号	0	0	0
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別	男・女	続柄	
異動日	令和 年 月 日	異動事由	転入・転出・死亡 その他()		
異動前(後) 住所	※転出、転居、転入の場合は前住所も記入してください。				
	前住所：〒				
	現住所：〒				

上記のとおり届け出ます。

【届出人】 住所：〒
(相続人)

氏名： 続柄：

生年月日： 年 月 日

電話番号：

*異動事由『死亡』の場合

上記被保険者が死亡したため、以下の支給等に該当する種目について還付が発生する場合には、私(届出人)が相続人代表として請求することを申し立てます。

なお、他の相続人は、私が相続することについて異議がないことを申し添えます。

○支給等に該当する種目

- ①特定福祉用具購入費の支給 ②住宅改修費の支給 ③高額介護サービス費の支給
④高額医療合算介護サービス費の支給 ⑤介護保険料

【振込口座】死亡の場合は相続人、転出等の場合は異動対象者の口座を記入してください。
相続人または異動対象者以外の口座の場合、下記委任状欄も必ず記入してください。

金融機関	銀行	本店							
	労働金庫	支店							
	農協	出張所							
	組合・金庫								
種目	普通・当座・その他	口座番号							
フリガナ									
口座名義人 (相続人)									

【委任状】

上記支給等に該当する種目を下記の者に委任します。

年 月 日

口座名義人(実際に振り込まれる口座の名義人)

住所 氏名

受取人(委任者:相続人または異動対象者) 印

(本人自署の場合は押印不要)