

申出書(高額介護サービス費)

介護保険

年 月 日

習志野市長 宮本 泰介 あて

私は 死亡者 に代わって、介護保険高額介護(介護予防)サ

書き方見本

被相続人 (亡くなられた方)

被保険者番号	
住所	〒
フリガナ	
氏名	
死亡年月日	年 月 日

被保険者様ご本人の
被保険者番号(介護保険証に記載)、
住所
氏名
死亡年月日
を記載してください。

相続人代表者 (受領する方)

住所	〒
フリガナ	
氏名	
電話番号	
続柄 (亡くなられた方との 関係性)	※配偶者、子以外の 場合はどちらかの理由に○ 1. 配偶者・子がないため 2. その他の理由 ()

被保険者様に代わり
高額介護サービス費を受領する方の
住所
氏名
連絡先
続柄
を記載してください。
必ず押印をお願いいたします。

印

口座振替依頼書

被相続人の高額介護

銀行
信用金庫
信用組合

金融機関コード

店舗コード

2. 当座預金

3. その他

フリガナ

口座名義人

高額介護サービス費の振込口座情報を記入して下さい。
口座名義人は相続人代表者様と同じ方になります。

※ゆうちょ銀行の場合は3桁の店舗コードと7桁の口座番号からなる【振込用口座】をご指定ください。

※高額総合事業サービス事業費の相続人受領には申出書(高額総合事業サービス事業費)が必要です。