

申 出 書

年 月 日

習志野市長 宛て

申出人 (相続人代表者)	住所	〒 ー		
	フリガナ			印
	氏名			
	電話番号			
	被相続人 からみた続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()		
	備考	<input type="checkbox"/> 子がない <input type="checkbox"/> 両親が死去 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が死去 <input type="checkbox"/> その他()		

私は、下記の者の相続人代表者として介護保険料の納付並びに介護保険料の還付金及び高額介護サービス費等の保険給付金の通知を受領することを申し出ます。
 なお、この申出による問題が発生した際は、申出人において解決します。

記

被保険者 (被相続人)	被保険者 番号										
	住所	〒 ー									
	氏名										
	死亡日	年 月 日									

[提出先:習志野市役所介護保険課]

【市役所使用欄】

起案		年 月 日	決裁 完了	年 月 日	公 印	
分類		D07・02・07	保存 期間	5年	年 月 日	
市長	副市長	部長	次長	課長	係長	担当者

入力		受付	
係長	係長		