

14-20

介護保険高額介護サービス費等振込口座変更届

四日市市長

令和 年 月 日

住所

申請者 氏名

電話 (連絡先)

介護保険高額介護サービス費等の振込口座の変更を、下記のとおり届けます。

フリガナ											
被保険者氏名	被保険者番号										
生年月日	年 月 日生										
口座振込 依頼欄	金融機関名			本・支店名			口座種目		口座番号		
							1 普通				
	金融機関コード			店舗コード			2 当座				
フリガナ											
口座名義人											
本人との続柄 (口座名義人が 遺族の場合のみ)											

※ 振込先口座は、被保険者本人またはご遺族名義の口座に限ります。また、振込先口座がご遺族の名義の場合は、裏面も必ずご記入ください


※ ゆうちょ銀行および郵便局の口座への振込みは、ゆうちょ銀行の通帳に振込用の店番、口座番号が記載されている人に限ります

14-20

介護保険高額介護サービス費等に関する申立書

四日市市長

令和 年 月 日

相続人	住所	〒		
	氏名	<div style="text-align: right;">  <small>※本人自署の場合は押印不要です。</small> </div>		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
			被保険者との続柄	

私は、下記の被保険者の介護保険高額介護サービス費等に関する相続代表人として、申請および受領を行うことを申し立てます。

なお、相続人の間で異議が生じても、私が一切その責を負い、貴職にはご迷惑をおかけしません。

被保険者	被保険者番号			
	住所 <small>(生前の住民票上のご住所)</small>			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日

※被保険者と同一世帯でない場合は、被保険者との相続関係を証明できるもの（戸籍抄本等（写し可））を添付してください