

介護保険に関する相続人代表者指定届

平内町長 殿

令和 年 月 日

届出人氏名

(被保険者からみての関係)

下記被相続人(被保険者)の死亡に伴い、介護保険料および介護保険法に基づいて支給される給付費等に関する相続人代表者について、相続人で協議した結果、次のとおり指定し届け出ます。相続人から疑義の申し出があった時は、届出人が一切の責任を持ち、平内町には迷惑をかけないことを書面をもって誓約いたします。

相続人 代表者	住 所	〒 ー		
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	被相続人から みでの関係		電話番号	() ー
被相続人 (亡くなった 方)	被保険者番号			
	氏 名			
	住 所			
	死亡年月日	令和 年 月 日		
備 考				

介護保険料の還付金及びその他給付費が発生した場合には、下記の口座に振り込みしてください。

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		支店
	※コード		※コード
預金種目	☐ 普通預金 ☐ 当座預金	口座番号 (7桁)	
口座名義人 (カタカナ)			

※
相続人の代表者は、**被相続人の配偶者・子・孫から選任**してください。該当する者がいない場合は、**被相続人の親・兄弟姉妹・甥・姪のいずれかから選任**してください。さらに該当する相続人がいない場合には「備考」欄にその旨記入のうえ、提出してください。

高 額	無 ・ 有	→	/	処 理 済
-----	-------	---	---	-------