申　立　・　誓　約　書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

大　田　原　市　長　　様

申立者（相続人代表者）〒　　　　　―

　住　　所

氏　　名

電話番号

死亡した被保険者との続柄

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における被相続人に係る介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費・介護保険居宅介護（予防）住宅改修費・介護保険高額介護（予防）サービス費の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。また、支給の際には下記の口座へ振込まれるよう依頼します。

　なお、他の相続人に対しては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理し、貴市に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

* **被相続人（死亡した被保険者）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 死亡年月日 | 令和　　　年　　　　月　　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **振込先**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 銀行 |  | 本店 | 預金種別 | １ 普通　　　２ 当座 |
| 信金 | 支店 | 口　座　番　号 |
| 信組 | 出張所 |  |  |  |  |  |  |  |
| 農協 | 支所 |
| 金融機関コード | 店舗コード | 口座名義人（カタカナ） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※　保険者処理欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付時使用欄 | * 本人確認（申請時）

確認書類等〔　免許証・マイナンバーカード・その他　　　　　　　〕 | 担当者印 |
|  |