

申 立 書

(あて先) 和光市長

(あて先) 埼玉県後期高齢者医療広域連合長

大正

故 _____ (生年月日) 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(住所) _____

にかかる介護保険及び後期高齢者医療保険に関する賦課徴収、還付及び給付及び通知の送付先等に関しましては、私が相続人代表者として下記のとおり指定し申し立てます。

なお、この件について、他の相続人と紛議が生じて、私が責任をもって処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。また、本書の内容について、和光市役所内介護保険及び後期高齢者医療保険の担当課所に情報を提供することに同意します。

申 立 人 (相続人代表者) _____ (申立日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

相続人にかかる通知は、下記の住所に送付してください。

〒 _____

(住所) _____

(氏名) _____ 印 _____

(電話番号) _____ (被相続人との続柄) _____

還付及び給付等について、下記の口座に振り込んでください。

振 込 指 定 口 座	銀行 信用金庫 農 協 ()		本店 支 店 出張所 支 所				
	種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	口 座 番 号				
	口座名義人 ※相続人代表者名義に限る		(フリガナ)				

※請求者になれるのは、被保険者から見て「配偶者・子・孫・親・祖父母・兄弟姉妹・甥姪」の方です。それ以外の方が請求される場合は、相続関係が確認できる書類の写しを添付してください。

市役所 使用欄	介護給付	介護保険料	後期給付	後期保険料