

委任状

受任者 被保険者との続柄

〒

住所

電話番号

氏名

生年月日 年 月 日

上記の者を代理人と定め、介護保険法に基づいて支給される介護給付費のうち、介護保険高額医療合算介護(予防)サービス費の支給申請及び受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者

(被保険者) 住所

電話番号

被保険者番号

氏名 印

生年月日 年 月 日

松戸市長 様

介護保険給付費受領に関する申立書

年 月 日

松戸市長

申立人 住 所
(相続人) 電話番号
氏 名 印
生年月日 年 月 日
被相続人との続柄

下記のとおり、介護保険給付費受給者（被相続人）の死亡に伴い、介護保険法に基づいて支給される保険給付費については、私が申請し、受領するものであることを申し立ていたします。

なお、他の相続人から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、貴市には一切ご迷惑をかけないことを確約いたします。

記

1. 介護保険給付費受給者	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	年 月 日
2. 介護保険給付費	申 請 日	年 月 日
	種 類 別	高額医療合算介護（予防）サービス費
3. 振込先金融機関	金融機関名	
	支 店 名	
	口座種目	
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	