

介護保険給付費の支給申請及び受領に関する申立書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

私（相続人）は、下記1の被保険者の相続人代表として、介護保険負担限度額・特定負担限度額差額の支給申請及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私が責任をもって異議のないように処理いたします。

相続人氏名 _____ 印

※自署以外は押印が必要です

1. 死亡した被保険者の住所、氏名等

被保険者番号 _____

住 所 鹿児島市 _____

氏 名 _____

死亡年月日 _____ 平成・令和 年 月 日

2. 相続人の住所、氏名等

住 所 _____

電話番号 _____

(被保険者との続柄)

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、被保険者との関係を証明できるもの（戸籍謄本等）を添付してください。

市記入欄	
住基確認済	戸籍確認済