

被保険者が死亡されて被保険者以外の口座に振り込む場合に記入願います。

## 申 立 書

令和 年 月 日

(あて先) 八尾市長

申 立 人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 明・大・昭 年 月 日

被保険者が \_\_\_\_\_ 年 月 日に死亡しましたので、被保険者の下記の介護給付費について被保険者に代わり受領することを承認くださいますよう申し立ていたします。

※該当するものに○をしてください。

- |                |          |
|----------------|----------|
| ・高額介護サービス費     | ・住宅改修費   |
| ・高額医療合算介護サービス費 | ・福祉用具購入費 |
| ・償還払いサービス費     | ・その他 ( ) |

なお、被保険者の死亡により発生する相続に関し、万が一事故が発生しても当方で処理し、一切のご迷惑を八尾市におかけいたしません。

<注意>

- ・この申立書は、現在被保険者ご本人が死亡されている場合のみご記入ください。
- ・下記の口座の欄には、**申立人の口座**をご記入ください。

口座振替依頼欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他						
			フリガナ						
			口座名義人						

【令和3年4月改定】