高額介護（介護予防）サービス費口座変更申立書

兼高額医療合算介護サービス費口座変更申立書

　　　年　　　月　　　日

白河市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申立者 | 住所 |
|  | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 電話番号 |
|  | 死亡した被保険者との続柄 |
|  | ※注意　申立者は法定相続人の方になります。 |

　私は、下記被保険者死亡後における高額介護サービス費又は高額医療合算介護サービス費の受領について、申し立てます。下記振込先金融機関へ口座振込をしてください。

　なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理し、白河市長に対して、異議を申し立てないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 死亡した被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 住所 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行信用金庫信用組合協同組合 | 本店支店 | 預金種目 | 普通当座 |
| 銀行コード | 支店コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |