

記入例（死亡された場合）

介護保険給付費の申請及び受領に関する誓約書

以下の場合に使用。

- ①高額介護口座変更の場合
- ②高額介護口座変更+高額介護以外の給付費申請ありの場合
(※高額介護は誓約書のみで可、高額介護以外の給付費は各申請書の提出も必要です。)

令和 ○年 ○月 ○日

介護保険給付費（介護予防給付費）に係る申請及び受領を行うことを誓約します。

なお、相続について問題が生じた場合は、私が責任をもって処理し、他相続人からの申請があった際は申請情報の開示・提供にも同意します。

複数給付費を選択可能です。申請書はそれぞれ必要になります。

相続人氏名 鹿児島 花子 

※自署以外は押印が必要です

介護保険給付費（介護予防給付費）

・申請する給付費にを入れてください。

- 高額介護サービス費等 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費
- 居宅介護（介護予防）住宅改修費 その他（ ）

1. 死亡した被保険者の住所、氏名等

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9

住 所 鹿児島市山下町11番1号

氏 名 鹿児島 太郎

死亡年月日 令和 5年 1月 1日

2. 相続人の住所、氏名等

住 所 鹿児島市山下町11番1号 電話番号 216-1280

(被保険者との続柄)

氏 名 鹿児島 花子 (妻)

生 年 月 日 明・大  平 2年 2月 2日

相続人以外の公金受取口座を申請する場合は受任者の個人番号と別紙委任状が必要です。
公金受取口座・振込先口座いずれの場合も相続人が被保険者と別世帯の場合は戸籍添付が必要です。

<input type="checkbox"/>	公金受取口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※本人以外（代理人等）の公金受取口座に振り込みを希望される方は、下記欄へ個人番号の記入と、受領に関する委任状の提出が必要となります。												
		受任者（代理人）の個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
<input type="checkbox"/>	振込先口座	鹿児島	銀行 信用金庫 信用組合 農 協			本店 支店 出張所								
		金融機関コード	店舗コード			預金種目			口座番号					
		0 1 8 5	0 0 0			普通・その他			1 2 3 4 5 6 7					
		氏名（フリガナ）			鹿児島 花子 （カゴシマ ハナコ）									

振込先口座の場合は、通帳の写しを添付してください。