

介護保険給付に係る代理人指定届出書
(被保険者死亡用)

年 月 日

沖縄県介護保険広域連合長 様

介護保険 { 1. 高額介護サービス費
2. 住宅改修費
3. 特定福祉用具購入費
4. 特例居宅介護サービス費等
5. 負担限度額・特定負担限度額
6. 高額介護・高額医療合算療養費 } 支給については、下記1の者に代わり

申請・受領します。

なお、上記の受け取りについては、相続等の問題が発生した場合は代理受取人が全責任を負い、相続人内で解決いたします。

1. 死亡した者の住所・氏名等

被 保 険 者 番 号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

死 亡 年 月 日 _____ 年 月 日 死亡

2. 代理受取人の住所・氏名等

住 所 _____

フリガナ _____ 印 (必ず押印して下さい)

氏 名 _____

電 話 番 号 _____

受 給 者 と の 続 柄 _____

口座振込依頼欄	銀行・農協 金庫・漁協	本店・支店 支所 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						
	フリガナ								
	口座名義人								

(添付書類)

代理受取人が受領する預金通帳等の写し

市町村・広域連合記入欄

	市 町 村	広 域 連 合	備 考
	世帯番号	電算入力処理 確 認	
担当者印			