申　立　・　誓　約　書

令和　　年　　月　　日

大　田　原　市　長　　様

申立者（相続人代表者）〒　　―

住　　所

氏　　名

電話番号

死亡した被保険者との続柄

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における被相続人に係る介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費・介護保険居宅介護（予防）住宅改修費・介護保険高額介護（予防）サービス費の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。また、支給の際には下記の口座へ振込まれるよう依頼します。

なお、他の相続人に対しては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理し、貴市に対して、一切迷惑をかけないことを申し添えます。

●　被相続人（死亡した被保険者）

被保険者番号	
住　　所	
氏　　名	
死亡年月日	令和　　年　　月　　日

●　振込先

銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所 支所	預金種別	1　普通　　2　当座 口　座　番　号
金融機関コード	店舗コード	口座名義人（カタカナ）	

※　保険者処理欄

受付時 使用欄	□　本人確認（申請時） 確認書類等〔　免許証・マイナンバーカード・その他　　〕	担当者印