

介護保険資格喪失届（死亡による資格喪失に限る。）兼口座振込依頼書

年 月 日

(宛先)弥富市長
次のとおり届け出ます。

〒

届出人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

続 柄 _____

電話番号 _____ () _____

介護保険料の還付金及び未支給の介護サービス費等に係る振込先を次のとおり依頼します。
なお、この件について、他の相続人と紛議が生じた場合は、届出人が一切の責任を負います。

| | | | |
|-------------|---------|-------|-------------------------|
| 被保険者番号 | | 死 亡 日 | 年 月 日 |
| 個 人 番 号 | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | 生 年 月 日 | 性 別 | 要介護認定の有無 介護保険施設入所の有無 |
| フリガナ | M・T・S | 男・女 | 有・無 有・無 |
| | . . . | | |

○振込先口座

| | | | |
|--------------------|-------|----------------|---------|
| 金 融 機 関 | 本・支店名 | 種 目 | 口 座 番 号 |
| 銀 行 信用金庫 農 協 | 店 | 普 通 当 座 | |
| 口 座 名 義 人 | | 口座名義人連絡先 | |
| フリガナ | | ※届出人と同様の場合記載不要 | |
| 氏 名 | | | |

※この書類は、介護保険料の還付金又は介護サービス費等の支給を保証するものではありません。