

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
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		・ ・	・ ・	