

相続人代表者申出書（介護保険）

年 月 日

（あて先）木更津市長

申請者

受付印

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_（ ）\_\_\_\_\_

介護保険被保険者が死亡しましたので、介護保険に関する一切の通知は相続人代表者に送付してください。  
なお、当該申出及び介護保険に係る支給金等の受領及び請求について問題が発生しても、介護保険者である木更津市には一切関わりなく、代表者の責任において当事者間で解決し苦情の申し立てはしません。

被 保 険 者	氏 名		死 亡 時 の 住 所		
		フリガナ			
相 続 人	氏 名		住 所		続 柄
	代 表 者	フリガナ	〒		配偶者・子 その他（ ）
			電話番号（ ）		
	フリガナ				配偶者・子 その他（ ）
	フリガナ				配偶者・子 その他（ ）

【市役所記入欄】

<input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書	<input type="checkbox"/> 法定相続情報一覧図	<input type="checkbox"/> その他（ ）
受付		入力