口　座　振　込　依　頼　書

私は、＿＿＿＿年＿＿月＿＿日に死亡した＿＿＿＿＿＿＿＿の相続人代表であり、該当する項目については、下記の口座に振り込むよう依頼します。

☐　重度障害者(児)医療費助成金

☐　高額介護サービス費等・介護保険料過誤納金

年　　月　　日

〒　　－

相続人代表者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　本人との関係＿＿＿＿＿＿

電　話　（　　）　　－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

口座振込依頼欄												
	銀行・金庫 組合・農協 信用金庫		本店 支店 本所 支所	種　別	普通・当座・（　　）							
				口座番号								
	フリガナ											
	口座名義人											

※ゆうちょ銀行（郵便局）を指定の場合、支店名（例：二三八支店）及び７桁の口座番号をご記入ください（記号番号とは異なります）。

相続人代表者以外の口座に振込を希望する場合は、下記の委任状が必要です。

委　　任　　状

下記、代理受領者に　☐　重度障害者(児)医療費助成金
☐　高額介護サービス費等・介護保険料過誤納　の受取を委任します。

相続人代表者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（委任者）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理受領者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※担当課確認欄

地域福祉課	
長寿介護課	