

介護保険給付費の受給に係る申立書

死亡者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	

上記の者は、平成 年 月 日死亡のため、介護保険に係る給付費が受給できなくなりましたので、下記の者を相続人代表と定めたので申し立てます。

相続人代表	フリガナ	
	氏名	⑩
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	
	被相続人（死亡者）との続柄	

平成 年 月 日

被相続人(死亡者)との続柄

被相続人(死亡者)との続柄

住所

住所

氏名 _____ ⑩

氏名 _____ ⑩

被相続人(死亡者)との続柄

被相続人(死亡者)との続柄

住所

住所

氏名 _____ ⑩

氏名 _____ ⑩