

# 介護保険料還付請求書

年 月 日

北杜市長 様

請 求 者	郵便番号	〒 ー				
	住所					
	氏名	Ⓜ	電話			
	被保険者が死亡した場合の続柄	1 配偶者	2 子	3 父母	4 孫	5 兄弟姉妹
		6 その他( )				

次のとおり介護保険料の還付を請求します。

氏名			生年月日	M・T・S	年	月	日
住所							
被保険者番号							性別
							男 ・ 女
還付期間	自 至				月 数		
	年 月 ~		年 月		箇月		
	年 月 ~		年 月		還付金額		
	円						
還付理由	1. 転出による喪失 ( 年 月 日)		2. 死亡による喪失 ( 年 月 日)		3. 重複納付		4. その他
還付金の払渡しを希望する金融機関	金融機関名			支店名			
	銀行・信用金庫 信組・信連・農協			本店・支店 本所・支所			
	預金種別	1 普通		2 当座			
	口座番号						←右詰で記入
	口座名義人	フリガナ					
氏名							

- ゆうちょ銀行の場合は、通帳の写しを添付してください。
- 口座が請求者名義でないときは、次の欄に記入してください。

上記の還付金の受領を下記代理人に委任します。						
年 月 日						
委任者(請求者)の氏名 Ⓜ						
代 理 人	郵便番号	〒 ー				
	住所					
	氏名	Ⓜ	電話			

(表)

裏面につづく

# 相続人に関する申出書

1 相続人等の住所・氏名等(相続を放棄した人は記入の必要はありません。)

住 所	氏 名	続 柄	電 話
	㊟	配偶者・子・兄弟姉妹	
	㊟	配偶者・子・兄弟姉妹	
	㊟	配偶者・子・兄弟姉妹	
	㊟	配偶者・子・兄弟姉妹	
	㊟	配偶者・子・兄弟姉妹	

私は、被相続人の法定相続人であることに相違ありません。  
なお、相続人等代表者(還付受取人)として、他の相続人に対しては、私が責任を持って異議のないように処理し、貴市には一切迷惑をかけないことを確約します。  
記載に誤りのないこと、また社会保険庁への死亡届・未支給年金請求等の提出が遅れたこと等の理由により、介護保険料を北杜市が社会保険庁に返納することになった場合には、速やかに還付された金額を北杜市に納入することを承諾します。

年 月 日

相続人等代表者署名 \_\_\_\_\_ ㊟

## 高額介護・償還に関する申出書

被保険者の資格喪失等により、指定口座への振込みが不能となった高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定福祉用具購入費、住宅改修費等がある場合については、この請求書の指定口座へ振り込むことを承諾します。

年 月 日

相続人等代表者署名 \_\_\_\_\_