様式第１号の２

三股町長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 |  |
| (三股町介護保険被保険者)被　相　続　人 | 亡くなった時の住　 （居） 　所 | （**〒**　　　―　　　） |
| 氏名 |  |
| 亡くなった年月日 | 年　　　月　　　日　　　　　 |

　　私は、上記被相続人にかかる三股町介護保険料又は介護保険給付費の相続人代表となりましたので申し立てます。

つきましては、上記被相続人にかかる三股町介護保険料還付金又は介護保険給付費については、「介護保険資格取得・異動・喪失届（様式第１号）」・「介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請書（様式第３９号）」に記載する口座に口座振替で支払いください。

　　なお、他の相続人から異議申し立て及びこの相続の承継に関する紛議等生じた場合においては、私の責任において解決することを誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相　続　人　代　表　者 | 住（居）所 | （**〒**　　　―　　　） |
| 　　　氏名 | 印　　　 |
| 生年月日 | 　　　　明治大正昭和平成　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 被相続人との続柄 |  | 電話番号 | 　　　　（　　　） |