

介護給付費に関する相続人代表者誓約書兼口座指定届

令和 年 月 日

富田林市長 様

相続人代表者

〒

住 所

氏 名 (続柄)

電話番号 ()

(※) 相続人代表者が手書きしない場合は、記名押印をしてください。

被相続人（被保険者）に係る介護給付費に関する支給申請、請求及び受領に関し相続人を代表して私が行い、一切の責任を負うことを誓約いたします。また、他の相続人からの問い合わせについては、情報提供をすることを了承いたします。なお、被相続人に対して介護給付費の支払いについては下記口座へ入金願います。

記

被相続人 (被保険者)	被保険者 番 号	0	0	0	0						
	住 所										
	氏 名										
指定口座	振 込 先 金融機関名	銀 行 本店 農業協同組合 支店 信 用 組 合 出張所 信 用 金 庫 () ()									
	金融機関 コード					支店コード					
	口座番号	普通・当座・()									
	口座名義人 (カタカナ)										
備 考											