

申 立 書

飯能市長 宛て

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 宛て

故 _____ にかかる下記の還付及び給付が生じた場合は、相続人を代表して私が受領いたしますので、下記口座へ振込みをお願いいたします。

- 市民税・県民税・森林環境税の還付
- 国民健康保険税の還付及び国民健康保険等の医療給付に関する給付
- 後期高齢者医療保険料の還付及び後期高齢者医療給付
- 介護保険料の還付及び介護保険に関する給付等

なお、この件について、他の相続人と紛争が生じても私が責任を持って処理し、一切の責任を負うことを申し添えます。

金融機関	銀行 信用金庫 農協 ()		本店 支店 出張所 支所 店番				
	種 別	普通 当座 貯蓄	口 座 番 号				
口座名義人	(フリガナ)						

※ ゆうちょ銀行・郵便局の口座への振込みをご希望の場合は、振込サービス用の店番(3桁)・口座番号(7桁)をご記入ください。従来の記号(5桁)・番号(8桁)への振込みはできません。

令和 年 月 日

申立人（相続人代表） 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

被相続人との続柄 _____

《市使用欄》

被保険者番号 (宛名番号)	()	担 当	
<input type="checkbox"/> 還付 <input type="checkbox"/> 高額 <input type="checkbox"/> 助成金 <input type="checkbox"/> 合算 <input type="checkbox"/> その他			

<介護福祉課>