

介護保険住宅改修・福祉用具購入費相続人等代表受取書

被保険者氏名	
被保険者番号	

吉野川市長 様

福祉用具購入費

上記の者の

を相続人代表として受け取りたいので申し出します。

住宅改修費

令和 年 月 日

郵便番号 _____

住 所 _____

電話番号 _____

氏名(相続人) _____ 印

(被保険者との続柄: _____)

○口座振込

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 本所・支所	
	金融機関コード	店舗コード		
口座番号等	種 類	1. 普 通	2. 当 座	3. その他
	口座番号			
口座名義人	フリガナ			
	氏 名			

処理覧

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること。

	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
市 町 村 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	()	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)
		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	