**介護保険に係る振込口座確認（変更）届**

令和　　年　　月　　日

唐津市長　様

〒　　　　―

届出者　　住　所

氏　名

電話番号

下記の被保険者に係る、介護保険料還付金及び給付費等の支給について、以下のと  
おり振込口座を届け出ます。なお、このことに関する相続人間の問題等がありました  
ら、相続人代表者が一切の責任を負うことを誓います。

１　死亡した被保険者の氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 被保険者番号 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相続人代表者住所 | | | | | | | | | | | |
| 〒  届出者と同じ | | | | | | | | | | | |
| 相続人代表者氏名 | | | | | | | | 被保険者からみた続柄 | | | |
| 届出者と同じ | | | | | | | | 配偶者　　　 子  その他（　　　　　） | | | |
| 金融機関名 | | | | | 店 名 | | | 支店コード | | | 種 別 |
| 銀行　・　金庫  農協　・　漁協 | | | | | 本店 ・ 支店  支所 ・ 出張所 | | |  |  |  | １ 普 通  ２ 当 座 |
| 口 座 番 号 | | | | | | | 口 座 名 義 人（カナ氏名で記入） | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |

２　相続人代表者及び振込口座