

# 相続人代表者届

令和 年 月 日

小平市長 殿

私は、下記被相続人に係る介護保険料の賦課徴収（滞納処分を除く）及び還付並びに介護（介護予防）給付並びに地域支援事業並びに通所介護等利用者助成事業並びにねたきり高齢者おむつ支給等事業に関する書類を受領する相続人代表者として届け出ます。併せて、被相続人に係る介護保険料の納付及び還付金の請求及び受領並びに介護（介護予防）給付費並びに地域支援事業費並びに通所介護等利用者助成並びにねたきり高齢者おむつ（代）支給の申請、請求及び受領は私が行い、このことに関して問題が生じた場合は、私が責任を持って処理し、小平市に一切ご迷惑をかけないことを申し添えます。

被相続人 (被保険者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	大正 昭和 年 月 日
	住所	
	死亡年月日	令和 年 月 日

相続人代表者	フリガナ	
	氏名	印 ※自署または記名押印してください。
	住所	〒
	電話番号	
	被相続人との続柄	

相続人	氏名	被相続人との続柄	住所

※ 被相続人と相続人代表者の関係が確認できる戸籍謄（抄）本等の写し（コピー可）を添付してください。

市職員使用欄			
受付者	システム	エクセル	確認

# 記入例


## 相続人代表者届

令和 × 年 □ 月 △ 日

小平市長 殿

私は、下記被相続人に係る介護保険料の賦課徴収（滞納処分を除く）及び還付並びに介護（介護予防）給付並びに地域支援事業並びに通所介護等利用者助成事業並びにねたきり高齢者おむつ支給等事業に関する書類を受領する相続人代表者として届け出ます。併せて、被相続人に係る介護保険料の納付及び還付金の請求及び受領並びに介護（介護予防）給付費並びに地域支援事業費並びに通所介護等利用者助成並びにねたきり高齢者おむつ（代）支給の申請、請求及び受領は私が行い、このことに関して問題が生じた場合は、私が責任を持って処理し、小平市に一切ご迷惑をかけないことを申し添えます。

被相続人 (被保険者)	フリガナ	コダイラ マルマル
	氏名	小平 ○○
	生年月日	大正 ○ 昭和 ○ 年 × 月 △ 日
	住所	小平市小川町2-△△△△
	死亡年月日	令和 × 年 □ 月 ○ 日

相続人代表者	フリガナ	コダイラ シカク
	氏名	小平 □ 
	住所	〒187-□□□□ 小平市小川町2-△△△△
	電話番号	042-346-△△△△
	被相続人との続柄	子

相続人	氏名	被相続人との続柄	住所
	小平 ○	子	小平市□□町○-△△△△
	小平 △	子	小平市△△町□-○○○○

※ 被相続人と相続人代表者の関係が確認できる戸籍謄（抄）本等の写し（コピー可）を添付してください。

市職員使用欄			
受付者	システム	エクセル	確認