

# 「ご遺族手続支援コーナー」事前準備シート

各区の「ご遺族手続支援コーナー」において、区役所で行っていただく手続を受付又はご案内いたします。  
円滑な窓口対応のため、事前準備シートをご記入の上、ご持参いただきますようお願いいたします。

<b>「ご遺族手続支援コーナー」は 予約制です。</b>	<b>予約日</b> 月      日 (   )      時      分 ※ 電話予約後にご記入ください
----------------------------------	--

## 1 亡くなられた方の情報

フリガナ			
氏名			
生年月日	T・S・H・R      年      月      日	葬儀の日	R      年      月      日

**以下の受給者証、手帳等をお持ちの場合は当日お持ちください。**

「ご遺族手続支援コーナー」にて返還できます。

※所持していたか不明の場合や、受給者証、手帳等が見当たらない場合は窓口にお伝えください。

	証・手帳等名称	備考
<input type="checkbox"/>	印鑑登録証	登録証には氏名の記載がありません。そのため、他の方のカードを誤って返還されないようご注意ください。
<input type="checkbox"/>	マイナンバーカード	亡くなられた方は住民票で個人番号を確認することができなくなります。相続等の手続に個人番号が必要な方は、手続後に返還されることをおすすめします。
<input type="checkbox"/>	住民基本台帳カード	マイナンバーカードをお持ちの方は該当しません。
<input type="checkbox"/>	子ども医療費受給者証	中学3年生までの子がいる場合に対象となります。(その他要件あり)
<input type="checkbox"/>	ひとり親家庭等医療費受給者証	18歳以下の子がいる母子、父子家庭の場合に対象となります。(その他要件あり)
<input type="checkbox"/>	重度障害者医療費受給者証 又は 重度精神障害者通院医療費受給者証	【重度障害者医療費受給者証】 身体障害者手帳1～3級、療育手帳④、A、⑤の場合に対象となります。(その他要件あり) 【重度精神障害者通院医療費受給者証】 精神障害者保健福祉手帳1級の場合に対象となります。(その他要件あり)
<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳	
<input type="checkbox"/>	療育手帳	
<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳	
<input type="checkbox"/>	自立支援医療受給者証	サービス対象には、(精神通院)(更生医療)(育成医療)の3種類があります。
<input type="checkbox"/>	被爆者健康手帳又は健康診断受診者証	被爆者健康手帳を形見にされたい等のご希望がある場合は窓口にてお申し出ください。
<input type="checkbox"/>	原爆手当受給証書	
<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療被保険者証 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	75歳以上の方が該当となります(65歳以上で該当の場合もあり)。
<input type="checkbox"/>	介護保険被保険者証	
<input type="checkbox"/>	介護保険負担割合証 介護保険負担限度額認定証	
<input type="checkbox"/>	国民健康保険被保険者証 国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証 国民健康保険限度額適用認定証 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 国民健康保険特定疾病療養受療証	

**【裏面も記載をお願いします】**

## 2 届出される方(窓口に来られる方) の情報

フリガナ		生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名						
住所	<input type="checkbox"/> 亡くなられた方の住民登録地と同じ(住所の記入は不要です) 〒 -					
電話番号		亡くなられた方からみた続柄				

## 3 世帯主変更により新たに世帯主となる方の情報

※ 亡くなられた方が世帯主(3人以上の世帯に限る。)であった場合のみ記入してください

2 届出される方と同じ(氏名・生年月日の記入は不要です)

フリガナ		生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名						

## 4 葬祭執行者の方(葬祭費の申請者) の情報

※ 亡くなられた方が国民健康保険被保険者、後期高齢者医療被保険者、被爆者健康手帳所持者のいずれかに該当の場合(葬祭執行者名義の通帳(キャッシュカード)をご持参ください。)

2 届出される方と同じ(振込先情報のみご記入ください)

フリガナ		生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名						
住所	〒 -					
電話番号		亡くなられた方からみた続柄				

振込先 情報	金融機関名								種目											
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信連 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信漁連								<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座											
	口座店名				店番号				口座番号											
	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所																			
	口座名義人(カタカナでご記入ください)																			

## 5 【希望される方のみ】書類の送付先変更について

介護保険関係・後期高齢者医療保険関係の手続について、後日、広島市から書類を送付することがあります。これまでに書類を送付していた宛先に送付したとき、書類を受け取ることができない場合には、送付先を変更することができます。

- 送付先変更を希望する。
- 送付先変更を希望しない。