

# 誓 約 書

被保険者番号									

住 所 高松市 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_ 丁目 \_\_\_\_\_ 番(地) \_\_\_\_\_ 号

氏 名 \_\_\_\_\_ の \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月分介護保険

- 居宅介護・介護予防サービス費等
- 居宅介護・介護予防福祉用具購入費
- 居宅介護・介護予防住宅改修費
- 負担限度額・特定負担限度額差額費
- 高額介護（介護予防）サービス費及び高額介護予防サービス相当費
- 高額医療合算介護（介護予防）サービス費及び高額医療合算介護予防サービス相当費
- その他（ \_\_\_\_\_ ）

については、本人が令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日死亡したため、私 \_\_\_\_\_ が相続人を代表して 申請・全額受領 するものです。

なお、このことに関する異議等について私が一切の責任を負うものです。

(宛先) 高松市長

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒

住 所 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## 《 口座振込の場合の振替先 》

金融機関名等 (金融機関コード)	銀行・金庫 農協・漁協 信用金庫・組合 ( _____ )	本店 支店 出張所
口 座 番 号	_____	
フリガナ	_____	
口 座 名 義 人	_____	

※誓約者名義の普通預金口座を御記入ください。

※誓約者本人の身分証明書を御提示ください。(顔写真つきであれば1点、なければ2点)  
郵送の場合はコピーを同封してください。