

(記入例)

誓約書

被保険者番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

被保険者の住所・氏名
をご記入ください。

住所 高松市 番 町 1 丁目 8 番 (地) 15 号

氏名 介護 太郎 の 年 月分介護保険

不明の場合は未記入
のままをご提出くだ
さい。

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

その他（

被保険者死亡日

相続人氏名

については、本人が令和2年4月23日死亡したため、私 介護 花子

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 2 年 5 月 7 日

〒 760-8571

相続人の方の住所・続
柄・氏名・電話番号を
ご記入ください。

住所 高松市番町1丁目8-15

死亡者との続柄 妻

氏名 介護 花子

電話番号 (087) 839-2326

《 口座振込の場合の振替先 》

金融機関名等 (金融機関コード)	高松 (1234 - 567)	銀行・金庫 農協・漁協 信用金庫・組合	香川 本店 支店 出張所
口座番号	0 9 9 9 8 8 8		
フリガナ	カイゴ ハナコ		
口座名義人	介護 花子		

相続人の方の
口座番号等を
ご記入下さい。

※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。