

(別紙1)

## 介護保険給付費の申請及び受領に関する誓約書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

私（相続人）は、下記1の被保険者の相続人代表として、次の介護保険給付費（介護予防給付費）に係る申請及び受領を行うことを誓約します。

なお、相続について問題が生じた場合は、私が責任をもって処理し、他相続人からの申請があった際は申請情報の開示・提供にも同意します。

相続人氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自署以外は押印が必要です

介護保険給付費（介護予防給付費）	
・申請する給付費に☑を入れてください。	
<input type="checkbox"/> 高額介護サービス費等	<input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費
<input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）住宅改修費	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

### 1. 死亡した被保険者の住所、氏名等

被保険者番号 \_\_\_\_\_

住 所 鹿児島市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

死亡年月日 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

### 2. 相続人の住所、氏名等

住 所 鹿児島市 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

(被保険者との続柄)

氏 名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日

※ 被保険者と同一世帯でない場合は、被保険者との関係を証明できるもの（戸籍謄本等）を添付してください。

市 記 入 欄	住基確認済	戸籍確認済