

# 記入例（死亡された場合）

以下の場合に使用。

- ①高額介護新規申請の場合
- ②高額介護申請無しの場合
- ③高額介護新規＋高額介護以外の給付費申請ありの場合  
(※いずれの場合も各申請書の提出が必要です。)

に関する誓約書

令和 年 月 日

私（相続人）は、上記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。

複数給付費を選択可能です。申請書はそれぞれ必要になります。

相続人氏名 鹿児島 花子 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 checked="" type="checkbox"/> 高額介護サービス費等 | <input checked="" 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9

住 所 鹿児島市 山下町 1 1 番 1 号

氏 名 鹿児島 太郎

死亡年月日 平成・令和 元年 5 月 1 日

### 2. 相続人の住所、氏名等

住 所 鹿児島市 山下町 1 1 番 1 号 電話番号 216-1280

(被保険者との続柄)

氏 名 鹿児島 花子 ( 妻 )

生 年 月 日 明・大・昭・平 2 年 2 月 2 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。

戸籍謄本の写しを添付して下さい。

確認済	戸籍確認済