

記入例（死亡された場合）

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。

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 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 checked="" type="checkbox"/> その他（訪問サービス等利用者負担助成費） |

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11番1号

氏 名 鹿児島 太郎

死亡年月日 平成・令和 4年 5月 1日

2. 相続人の住所、氏名等

住 所 鹿児島市 山下町11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