

(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