相続人が配偶者以外の時にご記入ください。

念　　書

私は、（　鹿児島　太郎　）の重度心身障害者等医療費助成金を、別紙のとおり申請します。

なお、貴市に対し次のことを誓約します。

1　上記の申請をすることについて、私（　鹿児島　花子　）を除く全ての相続人、その他申請権を有する全ての者から承諾を得、かつ医療費等の申請・請求・受領に関する権限の委任を受けていること。

2　上記申請に係る一切の責任は、全て私が負うこと。

令和　○年　△月　×日

住所　鹿児島市山下町１１番１号

氏名　鹿児島　花子　㊞

鹿　児　島　市　長　殿