

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

利用する口座をどちらか1つ選択し、を入れて必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/>	公金受取口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※本人以外（代理人等）の公金受取口座に振り込みを希望される方は、下記欄へ個人番号の記入と、受領に関する委任状の提出が必要となります。 受任者（代理人）の個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																									
振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店	支店	出張所	金融機関コード	店舗コード	預金種目	口座番号	普通・その他																		
		口座名義人（フリガナ）																									

市記入欄	住基確認済	戸籍確認済