

誓 約 書

(お亡くなり目)

このたび、私は、故_____〔 _____ 年 月 日 〕の

死亡により、介護給付費の権限(申請・請求・受領)を私の責任において手続きし、

貴市には一切ご迷惑をかけないことを申し添え、受理をお願いいたします。

年 月 日

住 所

フリガナ
氏 名

電話番号 () -

続柄(死亡された方からみて)

関 係 図

被 保 險 者

(故)

()

()

()

()