

年 月 日

誓 約 書

熊本市長宛

私（口座名義人）、_____は、介護(予防)サービス費の償還払いに係る申請及び受領により、相続についての問題が生じた場合、責任をもって処理し解決にあたることを誓約します。

(被保険者)

被保険者番号_____

住 所_____

氏 名_____

(口座名義人)

住 所_____

氏 名_____ (印)

被保険者との続柄_____

※被保険者は、介護サービスを受けていた本人です。