

年 月 日

申請日

誓 約 書

熊本市長宛

私は、高額医療合算介護（予防）サービス費に係る請求及び受領により、相続
についての問題が生じた場合には、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 0000012345

住 所 熊本市手取本町1-1

氏 名 介護 花子

支給申請者=口座名義人
とする。

(口座名義人)

住 所 熊本市手取本町1-1

氏 名 介護 太郎

被保険者との続柄 長男