# 誓　約　書

熊 本 市 長　　様

私は、亡（　　）分の特定医療費に係る請求及び受領により、相続について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。

年　　月　　日

**申請者（請求者）**

住 所

氏 名　　㊞

受給者との続柄