

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓 約 書

亡くなった被保険者名
を記入してください。死亡年月日を記入して
ください。広域 連五郎が 平成 **29** 年 **12** 月 **21** 日 に死亡

しているため、死亡後における高額介護合算療養費^{※1}及び高額医療合算介護（介護予防）サービス費^{※2}の支給につきましては、相続人を代表して私（相続人代表者）が申請、請求及び受領するとともに、他の相続人に対しましては、私が一切の責任を負い、このことに関する異議等のないように処理することを誓約いたします。

※1 高齢者の医療の確保に関する法律第56条第2号に定める高額介護合算療養費

※2 介護保険法第40条第11号の2に定める高額医療合算介護サービス費

申請者となる、相続権のある
方（の代表者）の住所・氏名・
続柄・電話番号を記入してく
ださい。平成 **30** 年 **1** 月 **11** 日〒 **760 - 0066**

相続人代表者

住 所 **高松市福岡町二丁目3番2号**氏 名 **広域 太郎**死亡者との続柄 **子**電話番号 **087-811-1866**平日の日中に連
絡の取れる電話
番号をお願いします。申請書と
同じ印を
押してく
ださい。

(自署、押印のこと)