誓　　約　　書

　　　　年　　　　月　　　　日

泉南市長あて

住所

氏名

電話

受給者との続柄（　　　　　　　　　　　　　　）

　医療助成受給者の死亡により、医療費の一部自己負担額の助成申請、請求及び受領に関し相続人を代表して私が行い、一切の責任を負うことを誓約いたします。

　また、ほかの相続人からの問い合わせについては、情報提供することを了承します。

　　医療助成対象者

　　受給番号

　　住所

　　氏名

|  |
| --- |
| ≪誓約書の記入について≫  〇誓約書は助成申請書の申請者と同じ方でご記入をお願いします。  〇申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号をご記入いただきますようお願いします。  〇支給申請書・誓約書と併せて、亡くなられた受給者と申請者の方との続柄がわかる書類（戸籍や住民票等）のご提出をお願いする場合があります。 |