

介護保険

- 高額介護(予防)サービス費支給
- 高額医療合算介護(予防)サービス費支給
- 特定入所者介護サービス費支給
- 年間高額介護(予防)サービス費支給
- その他給付費支給

誓約書

被保険者番号 NO. 0000

被保険者名

私は、 年 月 日申請の 分
にかかる、上記の介護給付費等に関し、次の事項を誓約し厳守履行いたします。

被保険者名

- 私は の相続人であり、かつ、相続人全員を代表して支給を受けるものです。
- 将来本件に関して争いが生じた場合は、私の責任において処理するとともに、美唄市に一切の迷惑をかけません。
- 私の故意または過失により、美唄市に損害をかけたときは、その責任を負います。

年 月 日

住 所 〒

氏 名

印 ※3親等以内親族

(続柄)

(あて先) 美 唄 市 長



【振込先口座情報】

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 本店 支店		預金種別 ()	普通座 口座番号						
	金融機関コード		店舗コード									
口座名義人		(フリガナ)										