

久留米市長 様

確 約 書

被保険者_____が死亡しましたので、相続人を代表して、
私が下記の介護給付費・地域支援事業費を請求いたします。なお、他の
相続人とのトラブル等が発生しても、すべて私が責任を持って解決する
ことを確約いたします。

・高額介護（介護予防）サービス費
高額総合事業サービス費

・高額医療合算介護（予防）サービス費
高額医療合算総合事業サービス費

・居宅介護（介護予防）福祉用具購入費

・居宅介護（介護予防）住宅改修費

・その他（ ）

年 月 日

〒

相続人住所

氏名

（続柄 ）

※原則として、被保険者と代表相続人の関係がわかる戸籍謄抄本等を添付してください。

なお、住民票上同一世帯であれば添付を省略できる場合や過去にさかのぼって複数の戸籍が必要となる場合もありますので、詳しくはお問い合わせください。

※相続人の基本情報及び口座情報は他の介護保険の相続手続において流用することがあります。