

確 約 書

受 給 者	受給者番号									平・令 年 月 日 死亡	
	氏 名										
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ									
	受給者区分	<input type="checkbox"/> 高齢期移行者医療費助成 <input type="checkbox"/> こども医療費助成 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> 高齢重度障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成									

神戸市 区長 宛

私は、上記受給者の相続人であり、私より先順位の相続人はいません。
 また、上記の受給者の平・令 年 月支給分にかかる高齢重度障害者医療費助成の受領に
 関し、他の相続人から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、貴市にはいっさ
 いの迷惑をかけないことを確約します。

令和 年 月 日

申 請 者 住 所 _____
 (相 続 人) 氏 名 _____ 印
 受給者との関係 (続柄) _____

- ① 申請者 (相続人) と受給者が住民票上、別世帯の場合、申請者 (相続人) と受給者の関係が分
 かる書類 (戸籍謄本の写し等) を添付してください。
- ② 申請者 (相続人) と受給者が住民票上、同一である場合、以下の同意をいただければ、続柄の
 分かる住民票または戸籍謄本の写し等は不要です。

(上記②に該当する方のみ、以下にご記入ください。)

上記の受給者と私の関係について、神戸市が住民票により確認することに同意します。

令和 年 月 日

住所： _____ (上記受給者の住所と同じ)

氏名： _____

(申請者 (相続人) 確認書類)

運転免許証・旅券 (パスポート)、官公署発行の顔写真付きの証明書、その他 ()
 〈添付書類〉 戸籍謄本 ・ 除籍謄本 ・ 戸籍抄本 振込先口座通帳コピー

〈相続人の振込先の口座〉

	銀行・信組 信金・農協	本店・出張所 支店・支所	預金種別 1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄		
口座 番号			フリガナ		
			口座名義人		