



※受給資格者が死亡した場合、相続人代表は下記の誓約書にご記入ください。

～ 誓約書 ～

私は、死亡した福祉医療費受給資格者の相続人の代表者として、当該受給資格者に係る福祉医療給付に関する申請、請求及び受領の一切の権限を行使するものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 1 当該受給資格者に係る福祉医療費助成金を受領した後に、相続放棄をしたときは、当該受領した額を直ちに鈴鹿市に返還すること
- 2 他の全ての相続人には、私が責任を持って異議等がないように対処し、鈴鹿市には一切迷惑をかけないこと

年 月 日

届出人 氏名

Ⓔ