**約　　定　　書**

　　**被保険者番号**

**被保険者氏名**

**上記の者が、令和　　年　　　月　　　日に死亡したため、**

**高額介護サービス費**

**高額介護合算療養費 の領収について、相続人である私が受領いたします。**

**介護保険料の還付**

**その他（特定福祉用具購入費償還払い　）**

**これらの受領について他の者から異議申出があった場合は、私が一切責任をもって**

**処理することを約します。**

**令和　　　　年　　　　月　　　　日**

**〒**

**住　所**

**フリガナ**

**氏　名 印**

**被保険者との続柄**

**電話番号**

**記入者（上記と同一の場合、記入の必要はありません）**

**〒**

**住　所**

**氏　名　　　　　　　　　　　　　　　 　印**

**被保険者との続柄**

**電話番号**

**名護市長　殿**