（様式第12号）

# 誓　　約　　書

（宛先）　高　槻　市　長

令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の死亡による、介護保険償還払いの受領について相続人の間で異議が生じたときは、私が責任をもって解決します。

□ 高額介護（予防）サービス費
□ 高額医療合算介護（予防）サービス費
□ 居宅介護（予防）住宅改修費
□ 居宅介護（予防）福祉用具購入費
□ その他（　　）

【相続人代表】
（受領者）

住所 ----------

氏名 ----------　続柄（　　）

電話 ----------