

受給者番号 \_\_\_\_\_

## 誓 約 書

松本市福祉医療費受給資格者 \_\_\_\_\_ に係る松本市福祉医療費給付金の申請・受領に関し、親族による協議が整いましたので、法定相続人代表である私 \_\_\_\_\_ 以外の相続人から異議申し立てがあった時は、私が一切の責任を持ち、松本市に迷惑をかけないことを書面をもって誓約いたします。

年 月 日

松 本 市 長 様

誓約者（法定相続人代表）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

受給者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_