

福祉医療費受給者証の番号をご記入ください。

受給者番号 \_\_\_\_\_

福祉医療費受給資格者で亡くなられた方のお名前をご記入ください。

## 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。

法定相続人代表のお名前をご記入ください。

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 \_\_\_\_\_