確　　　約　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受  給  者 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 平・令　　　年　　月　　日　死亡 |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| 住所 | □　申請者と同じ | | | | | | | |
| 受給者区分 | □　高齢期移行者医療費助成  □　こども医療費助成  □　重度障害者医療費助成  □　高齢重度障害者医療費助成  □　ひとり親家庭等医療費助成 | | | | | | | |

神戸市　　　　　　区長　宛

私は、上記受給者の相続人であり、私より先順位の相続人はいません。

また、上記の受給者の平・令　　年　　月支給分にかかる高齢重度障害者医療費助成の受領に関し、他の相続人から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、貴市にはいっさいの迷惑をかけないことを確約します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者  （相　続　人） | 住　所 |  |
| 氏　名 | 印 |
|  |  | 受給者との関係（続柄） |

①　申請者（相続人）と受給者が住民票上、別世帯の場合、申請者（相続人）と受給者の関係が分かる書類（戸籍謄本の写し等）を添付してください。

②　申請者（相続人）と受給者が住民票上、同一である場合、以下の同意をいただければ、続柄の分かる住民票または戸籍謄本の写し等は不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （上記②に該当する方のみ、以下にご記入ください。）  　上記の受給者と私の関係について、神戸市が住民票により確認することに同意します。 | | |
|  | | 令和　　年　　月　　日 |
| 住所： | （上記受給者の住所と同じ） |  |
| 氏名： |  |  |
|  |  |  |

（申請者（相続人）確認書類）

運転免許証・旅券（パスポート）、官公署発行の顔写真付きの証明書、その他（　　　　　　　　　　）

〈添付書類〉□　戸籍謄本 ・ 除籍謄本 ・ 戸籍抄本　　□　振込先口座通帳コピー

〈相続人の振込先の口座〉

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 銀行・信組 | |  | | 本店・出張所 | | 預金種別 | |
|  | | 信金・農協 | |  | | 支店・支所 | | １．普通　　２．当座　　４．貯蓄 | |
| 口座  番号 |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |