



◎受取り金融機関を被保険者(利用者)本人以外の口座にする場合は、記入してください。

## 委 任 状

年 月 日

南アルプス市長 様

私が南アルプス市から支払いを受ける介護保険高額介護(介護予防)サービス費について、  
表記の預金口座に振り込みすることを委任します。

委任者 (被保険者)	住所
	氏名 <span style="float: right;">㊞</span>
受任者 (口座名義人)	住所
	氏名 <span style="float: right;">電話番号 ( ) -</span>

◎被保険者(利用者)本人が亡くなられ、相続人の方が申請する場合は、記入してください。

## 誓 約 書

年 月 日

南アルプス市長 様

年 月 日 \_\_\_\_\_ の死亡により、それ以降に支払  
われる介護保険高額介護(介護予防)サービス費の受領について、相続人の間で異議が生  
じた場合、私が全責任をもって解決することを誓約し、南アルプス市に対して一切迷惑をかけ  
ないことを申し添えます。

相続人	住所
	氏名 <span style="float: right;">㊞</span> <span style="float: right;">続柄</span>