誓約書

令和　　年　　月　　日

(提出先)　大阪市長

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏名・印

　　　　　　　　　　　　　　　(亡くなられた方との続柄：　　　　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　※自署の場合、押印が省略できます

　　　　　　　　　　の死亡により、下記の給付にかかる申請、請求及び受領に関する一切を、相続人を代表して私が行い、その責任を全て負うことを誓約します。

記

　１　大阪市老人医療費助成

　２　大阪市重度障がい者医療費助成

　３　大阪市ひとり親家庭医療費助成

　４　大阪市こども医療費助成

　５　高額障がい福祉サービス等給付費

　６　高齢障がい児(通所・入所)給付費