

(参考様式)

誓 約 書

私は、被相続人_____の

「難病の患者に対する医療等に関する法律」の規定に基づく特定医療費の
受領をしたことにより、万一、他の相続人との争い等が生じた場合には、一
切の責任を負うことを誓います。

年 月 日

(あて先) 川崎市長

住 所 _____

相続人氏名 _____

被相続人との続柄 _____

(※相続人と被相続人が住民票上別世帯の場合は、別途戸籍謄本等の写しを添付)