**誓　約　書**

下記の者に係る葬祭費の申請・請求及び受領につきましては、葬儀を行った者を代表して、

私がその責任を負うことを誓約します。なお、本件の葬祭執行代表者について、万一問題が生じた場合は、私共の責任において解決することとし、日出町国民健康保険には一切迷惑はかけません。

令和　　　年　　　月　　　日

日出町長　　　　　　　　様

葬祭執行者代表　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　死亡者との続柄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　被相続人　(死亡者) | 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 死亡年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 支給の内容 | 葬祭費 |