

## 日の出町指定疾病医療費助成認定者死亡の場合の申立書

認定証番号 \_\_\_\_\_

医療助成対象者名 \_\_\_\_\_

私は、上記医療費助成認定者の相続人代表者に相違ありません。  
本医療費助成金の受領に係る件について、貴町には一切迷惑をおかけいたしません。

なお、本医療費助成金を返還することとなった場合には、私の責任において医療費助成金は即時返還いたします。

※ 相続人代表者の方は必ず記入・押印してください。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ①

医療費助成認定者との続柄 \_\_\_\_\_

ご連絡先 ( )