

日の出町高齢者元気で健康に長生き医療費助成
対象者死亡の場合の申立書

受給者証番号 _____

医療助成対象者名 _____

私は、上記医療費助成対象者の相続人代表者に相違ありません。
本医療費助成金額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、本医療費助成金額を返戻することとなった場合には、私の責
任において即時返戻いたします。

※ 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 _____ (印)

医療助成対象者との続柄: _____

ご連絡先 ()