

医療助成対象者死亡の場合の申立書

医療証番号 _____

医療助成対象者名 _____

私は、上記医療助成対象者の相続人代表者に相違ありません。

本医療助成費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、本医療助成費を返戻することとなった場合には、私の責任において医療助成費は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 () -