

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。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

医療助成対象者との続柄

ご連絡先 ()
