

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。

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 ( )