

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 _____

認定者氏名 _____

私は、上記認定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。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

認定者とのご関係(続柄) _____

ご連絡先(電話番号) ()