

申立書

年 月 日

神奈川県がん・疾病対策課長 殿

(相続人代表者)

氏名

住所

連絡先

私は、下記被相続人への特定医療費については、私が相続人代表者として受領しますので、下記口座に振込み願います。

なお、本件につきまして、万が一、他の相続人と紛議が生じても相続人間で解決するものとし、私が一切の責任を負うことを申し立てます。

1 被相続人（患者氏名）

被相続人氏名

死亡年月日 年 月 日死亡

死亡時の住所

2 振込指定口座

金融機関名

支店名

口座番号

口座名義人（カナ）

※添付書類

相続人であることを確認できる書類（戸籍謄本等）

備考

- 1 死亡時の住所欄には、死亡時の住民票上の住所を記入してください。
- 2 振込指定口座欄には、申立人の口座を記入してください。