

記入例

福祉医療費給付 受取人指定届

年 月 日

受給者相続人の代表者をご記入
ください。

〒 016-0851

申請者 住所 能代市上町1番地3号

シメイカナ ノシロ ジロウ
氏 名 能代 次郎

電話番号 0185 - 5* - ****

死亡した受給者との続柄 子

私は、相続人の代表として、下記被相続人（死亡者）死亡後における、被相続人に係る福祉医療費関係の給付についての申請、請求及び受領を行うことを届け出します。

なお、他の相続人に対しましては、私（申請者）が責任を持って異議のないように処理することを申し添えます。

(死亡者の住所)

〒 016-0851

能代市上町1番3号

(死亡者の氏名)

能代 花子 (年 月 日死亡)

受給者番号 (00000001)