

福祉医療費給付 受取人指定届

年 月 日

能 代 市 長 様

〒
申 請 者 住 所 _____
シメイカナ
氏 名 _____
電 話 番 号 _____

死亡した受給者との続柄 _____

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)

〒

(死亡者の氏名)

(年 月 日 死亡)

受給者番号 ()