年　　　月　　　日

**申立書**

（あて先）鎌倉市長

私は、　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　　月　　　日死亡）に対する

□　障害者医療助成費

□　小児医療助成費　　　　　　　　を受領することについて次のとおり申し立てます。

□　ひとり親家庭等医療助成費

　　　□私が他の相続人から委任されていること

　　　□私の他に相続人がいないこと

　今後、上記医療（助成）費を下記口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受給者番号** |  |  |  |  |  |  |  | **受給者氏名** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申**  **請**  **者** | 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　　　　　） |
| 死亡者との続柄 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **振**  **込**  **先**  **口**  **座** | □銀行  □信用金庫  □農業協同組合  □ | | | | □本店  □支店  □営業部  □出張所 | | | 預金種目 | □普通  □当座 | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 支店コード | | | 口座名義 |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |