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 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |