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					