

横浜市特定医療費に関する申請及び受領に関する申立書

年 月 日

(申請先)
横浜市長

住所

申立人

氏名

(印)

患者からみた続柄

電話番号

私は、【患者氏名 (生年月日 年 月 日)】の相続人であり、当該特定医療費については、他の相続人から代表者として選任されていることを申し立てます。

なお、当該特定医療費については私の責任において申請及び受領をし、横浜市には一切迷惑をかけないことを誓約します。

【添付資料】

戸籍謄本 住民票 その他 ()

横浜市福祉保健センター処理用		
戸籍謄本	住民票	その他

区役所受付印	局受領印