

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 ⑩

患者からみた続柄

電話番号

私は、【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。

※処理欄

【添付書類】

戸籍謄本 住民票 その他 ()

公簿等確認により省略

【備考】

受 付 印