申　立　・　誓　約　書

　令和　　年　　月　　日

大垣市長　小川　敏　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申 立 者  （相続人代表） | 郵便番号　　　　　― | |
| 住　所 | |
| 氏　名 |  |
| 死亡した受給者との続柄 | |
| 電話番号　（　　　　　）　　　　－ | |

　私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した受給者）の死亡後における、福祉医療費の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

　なお、本件について万一、利害関係人から異議申し立てがあった場合には、私（申立者）が責任をもって解決し、大垣市に対して、一切迷惑をかけないことを確約します。

　　（死亡した受給者の住所）

（死亡した受給者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和　　年　　月　　日死亡）

　　　　受給者の生年月日（　　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | | | | | | | | | | 口座種別 |
| 銀　行・信用金庫  　　農　協・信用組合 | | | | | | | | 店 | | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | | | | | | | フリガナ | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 | |  | |

　　　　　届出者　□本人　□本人以外　氏名　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 身分　確認 |
|  |  |