

同順位の相続人が複数いる場合はその方の署名捺印をお願いします。 (←裏面)
※いない場合は裏面の記入不要です。

申 立 書

年 月 日

千葉市長 様

申 立 者 (相続人代表者)

〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____

被相続人から見た続柄 _____

私は、_____ (下記被相続人)の死亡にともない、相続人代表として難病の患者に対する医療等に関する法律に基づいて支給される特定医療費 (指定難病) の受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私 (申立者) が責任を持って異議のないように処置いたします。

受 給 者 (被相続人)	受給者番号	
	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	

上記支払いについて、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合		本 店 支 店 出張所
預金種目	普通預金 当座預金	口座番号	
口座名義人 (カタカナ)			

	氏 名	被相続人から見た続柄
同順位の相続人	印	

※同順位の方の署名が取れない場合は、代表者が同順位の相続人の名前を記入し、下記の署名が取れない理由を記入してください。（遠方にて書類が取れない等）

同順位の方の署名が取れない理由	
-----------------	--

※下記に当てはまる場合、申立書は不要です。

- ・相続人（申立者）が配偶者の場合（戸籍謄本で確認ができるため）
- ・相続人（申立者）が兄弟姉妹のいない子であり、かつ被相続人と同じ戸籍に属する者の場合。（戸籍謄本で確認ができるため）

※亡くなられた受給者に配偶者と子がいる場合は、配偶者が手続きをする必要があります。