様式第９号（第８条関係）

（三股町重度心身障害者医療費受給資格者死亡時）申立及び誓約書

三股町長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 資格者証番号 |  |
| (重度心身障害者医療費受給資格者)  被　相　続　人 | 亡くなった時の 住　 （居） 　所 | （**〒**　　　―　　　） | | |
| 氏名 |  | | |
| 亡くなった年月日 | 年　　　月　　　日 | | |

　　私は、上記被相続人にかかる三股町重度心身障害者医療費の相続人代表者となりましたので申し立てます。

　　なお、他の相続人から異議申立て及びこの相続の承継に関する紛議等生じた場合においては、私の責任において解決することを誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相　続　人　代　表　者 | 住（居）所 | （**〒**　　　―　　　） | | |
|  | 印 | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 被相続人 との続柄 |  | 電話番号 | （　　　） |

　被相続人の三股町重度心身障害者医療費の振込先金融機関名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行  信用金庫  信用組合  協同組合  （　　　） | | | | | 本店（所）  支店（所）  出張所 | | | | | | | | | | 種別 | | 普　通  当　座  （　　　） | | | |
|  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 口座番号  左づめ記入してください |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 口座名義人  【相続代表者】  （カタカナ） |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |

　※　口座名義人（相続代表者名）はカタカナで上段から左づめで記入してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は１字空けてください。灰色の部分は記入不要です。