

申 立 書

死 亡 者	住 所	大崎市			
	氏 名		生 年 月 日	大 平 昭 令	年 月 日 生

上記の者が 令和 年 月 日に死亡しましたので、上記の者にかかる
 (心身障害者医療費助成 ・ 障害児福祉手当 ・ 特別障害者手当 ・ 福祉手当 ・
 在宅酸素療法者酸素濃縮器利用助成) の受領について、私がかわって継承します
 ので、下記口座へ振り込み下さい。

なお、このことにかかる一切の責任は私にあることを申し添えます。

あて先 大崎市長

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印) 死亡者との続柄 _____

電話番号 _____

口 座 振 込 依 頼 先

銀 行 農 協 信用組合	本 店 支 店 出張所	種 目	口 座 番 号
		1普通預金	
金融機関コード	支店コード	2当座預金	
		3その他	
フリガナ			
口座名義人			