

福祉医療費の支給債権を相続する者の申告書

支給対象者	住 所	
	氏 名	

上記の者は、福祉医療費支給対象者となっておりますが、
 同人は 年 月 日に 死亡しており、同人の福祉医療費支給
 に係る債権は、下記により私が相続いたします。

年 月 日

平戸市長 様

相続人	住 所			
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名	Ⓡ	年 月 日	
	電話番号		続柄	

下記の口座へ振り込みを希望します。

金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義(フリガナ)
		1.普通 2.当座		()