

## 申立書

年 月 日

富山県知事 殿

住所

氏名

年 月 日 が死亡したことにより、特定医療費（指定難病）の受取りを、相続人である私の下記口座へ支払われますようお願いいたします。

銀行	支店	当座 普通	口座 番号	
口座名義人 (カタカナ)				

上記について、同意します。

相続人  
(続柄 )相続人  
(続柄 )相続人  
(続柄 )相続人  
(続柄 )相続人  
(続柄 )

(添付書類) 死亡した受給者の相続関係が分かる書類 (戸籍全部事項証明書と改製原戸籍謄本等)